

**ASPEKTY  
ZDROWIA  
I  
CHOROBY**

# AZiCH

**Tom 3  
Nr 2  
Rok 2018**

**Aspekty Zdrowia i Choroby**

**W  
S  
E  
I**



**Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji**

**Adres e-mail: [azich@wsei.lublin.pl](mailto:azich@wsei.lublin.pl)**

**e-ISSN: 2451-2826**

# AZiCH

---

## Aspekty Zdrowia i Choroby

UWARUNKOWANIA PSYCHOSPOŁECZNE  
ZDROWIA I CHOROBY

Lublin 2018

*Komitet redakcyjny:*

Redaktor naczelny: dr hab. n. o zdr. Anna Włoszczak-Szubda  
Z-ca. redaktora naczelnego: dr n. med. Beata Biernacka  
Sekretarz redakcji: dr n. med. Joanna Girzelska  
Redaktor merytoryczny: dr n. med. Maria Pieniążek  
dr n. med. Zbigniew Orzeł  
Redaktor statystyczny: dr n. o zdr. Magdalena Głowacka  
Redaktor języka polskiego: dr Anna Koper – filolog języka polskiego  
Redaktorzy języka angielskiego: Hanna Horitz, Michael Tregenza – native speakers

*Rada naukowa:*

Prof. dr hab. n. med. Iwona Bojar (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
doc. JUDr. Mária Bujňáková, CSc. (Uniwersytet im. Pawła Józefa Šafárika  
w Koszycach)  
dr hab. n. med. Eliasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)  
prof. dr hab. Paweł Danciak (Wyższa Szkoła Zdrowia i Pracy Socjalnej  
w Bratysławie)  
prof. dr hab. Petro Husak (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)  
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)  
prof. dr hab. Julia Jemelianova (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)  
dr hab. n. med. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
prof. dr hab. Anton Lisnik (Katolicki Uniwersytet w Ružomberku)  
prof. dr hab. Maria Luisa de Natale (Uniwersytet Katolicki w Mediolanie)  
prof. dr hab. Lidia Łysiuk (Uniwersytet Państwowy im. A. S. Puszkina w Brześciu)  
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji)  
prof. PhDr. Frantisek Mihina, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)  
dr hab. n. med. Alfred Owoc (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
dr hab. n. med. Lech Panasiuk (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Pedrycz-Wieczorska (Uniwersytet Medyczny  
w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Polz-Dacewicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
bp prof. ThDr. PhDr. Stanislav Stolárik, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)  
prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk (Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie)  
prof. dr hab. Stanislav Vojtko (Instytut Rodziny w Bratysławie)  
prof. dr hab. n. med. Witold Witczak (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji  
w Lublinie)

*Recenzenci:*

dr. n. o zdr. Paulina Kaczor-Szkodny (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
dr n. med. Andrzej Horoch (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)

# **Aspekty Zdrowia i Choroby**

**UWARUNKOWANIA PSYCHOSPOŁECZNE  
ZDROWIA I CHOROBY**

**Tom 3 ◀▶ Nr 2 ◀▶ Rok 2018**

**AZiCH**  
**Aspekty Zdrowia i Choroby**  
Tom 3 ◀▶ Nr 2 ▶◀ Rok 2018

**UWARUNKOWANIA PSYCHOSPOŁECZNE ZDROWIA I CHOROBY**

© Copyright by Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe  
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie  
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy  
bez zgody wydawcy jest zabronione.

*Opracowanie redakcyjne, skład, łamanie:*  
Marek Szczodrak, Anna Konieczna

*Projekt okładki:*  
Anna Włoszczak-Szubzda

*Konsultacja językowa i korekta:*  
Anna Koper

Printed in Poland  
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe  
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie  
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4  
tel. +48 81 749 32 12, fax tel. +48 81 749 32 13  
azich@wsei.lublin.pl  
www.wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826  
ISBN 978-83-64527-84-5

## Spis treści

Stan wyrównania metabolicznego a reakcje lękowe pacjentów z cukrzycą typu 2 / State of metabolic control and anxiety reactions in patients with type 2 diabetes (Katarzyna Muciek, Leszek Szewczyk) . . . . .	7
Analiza obaw pacjentów przed planowanym znieczuleniem ogólnym / Analysis of patients' fear of the planned general naesthesia (Urszula Anna Rusiecka, Lech Panasiuk) . . . . .	23
Nasilenie lęku i zapotrzebowanie na wsparcie wśród matek hospitalizowanych dzieci / Intensity of anxiety and demand for support of mothers of hospitalized children (Beata Joanna Gietka, Leszek Szewczyk) . . . . .	51
Poczucie umiejscowienia kontroli a podejmowanie zachowań zdrowotnych przez pacjentów z chorobami tarczycy / Locus of control and undertaking health behaviours among patients with thyroid disorders (Anita Wajrak, Anna Włoszczak-Szubzda) . . . . .	71
Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii / Analysis of attitudes of nursing staff towards medical futility (Ernest Kielbasa-Siennicki, Krzysztof Marczewski) . . . . .	91
Poziom satysfakcji zawodowej pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych / Level of job satisfaction among nurses working in psychiatric wards in the Neuropsychiatric Hospital in Lublin (Anna Sidor, Anna Włoszczak-Szubzda) . . . . .	111



# Stan wyrównania metabolicznego a reakcje lękowe pacjentów z cukrzycą typu 2

Katarzyna Muciek<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Cukrzyca typu 2 stanowi od 85% do 95% wszystkich przypadków cukrzycy na świecie. Ze względu na częstość występowania, zwiększoną zapadalność, czas trwania oraz rozwijające się powikłania określana jest mianem choroby społecznej. Pomimo właściwej terapii choroba ta często prowadzi do pogorszenia jakości życia. Konieczność częstych kontroli, przestrzegania diety może stanowić źródło zaburzeń lękowych czy też depresyjnych. Chorzy na cukrzycę, u których występują jednocześnie stany depresyjne i lękowe, doświadczają obniżenia motywacji do leczenia, co wiąże się z gorszym wyrównaniem metabolicznym. **Cel.** Celem pracy była ocena stanu wyrównania metabolicznego u pacjentów z cukrzycą typu 2 i ocena zmian poziomu niepokoju.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2017 do grudnia 2017 roku. Zrealizowano je w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Puławach na oddziale wewnętrznym oraz na oddziale chirurgii. Badaniem objęto 93 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. W badaniu wzięło udział 50,5 % kobiet oraz 49,5% mężczyzn. Większość badanych była aktywna zawodowo. Najwięcej osób chorowało od 2 do 5 lat. Większość badanych korzystała z poradni diabetologicznej i regularnie kontrolowała poziom cukru we krwi.

W pracy zastosowano metodę badań kwestionariuszowych. Narzędzia badawcze to: autorska ankieta oraz *Kwestionariusz stanu i cechy lęku* S. Spielberga (STAI), w adaptacji Wrześniowskiego.

**Wyniki i wnioski.** Badanym pacjentom towarzyszył dość wysoki poziom reakcji lękowych i znacząco obniżony nastrój, częściej obserwowano je u osób z cukrzycą niewyrównaną.

► **Słowa kluczowe:** stan wyrównania metabolicznego, reakcje lękowe, pacjenci, cukrzyca typu 2.

## WPROWADZENIE

Cukrzyca jest chorobą społeczną, charakteryzującą się zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Typ 2 cukrzycy jest najczęściej spotykany, stanowi około 90% przypadków. Choroba ta przyczynia się do powstania zmian patologicznych w wielu narządach wewnętrznych. Jest zjawiskiem, które wpływa niekorzystnie na wiele aspektów funkcjonowania człowieka, naraża go na stres, bardzo często uniemożliwia zaspakajanie wszystkich potrzeb i jest dla chorego czymś niezrozumiałym i bardzo trudnym do zaakceptowania.

Choroba przewlekła jest czynnikiem długotrwale obciążającym. Towarzyszy pacjentowi każdego dnia, dlatego stanowi istotne zagrożenie dla rozwoju emocjo-



nalnego i społecznego chorego. Cukrzyca jest obecnie jednym z najbardziej obciążających psychicznie schorzeń przewlekłych. Choroba ta może powodować między innymi frustrację, poczucie inności, mniejszej wartości, a nawet osamotnienia.

Cukrzyca narzuca ograniczenia codziennego życia, polegające na konieczności wykonywania systematycznych pomiarów glikemii, monitorowania stężenia glukozy we krwi w celu uniknięcia hipo- i hiperglikemii, ustalania dawek insuliny i jej podawania, przestrzegania właściwej diety, regularnych ćwiczeń i uczestnictwa w edukacji terapeutycznej. Wymaga to od chorych większej samodyscypliny i kontroli oraz zmusza ich do uczestnictwa i pełnego zaangażowania w proces leczenia, co niejednokrotnie wiąże się ze zmianą stylu życia i planów na przyszłość.

Lęk w różnych postaciach i z różnym nasileniem towarzyszy człowiekowi od dnia jego narodzin aż do śmierci. Pierwszych lęków naszego życia już nie pamiętamy, ale przez całe życie pojawia się przed nami zapowiedź ostatniego lęku człowieka - lęku przed śmiercią. Każdemu okresowi naszego życia towarzyszą określone lęki. Są one związane z rozwojem człowieka, przeżywanymi trudnościami, problemami i niebezpieczeństwami danego okresu w życiu.

Lęk wyraża się nie tylko w reakcjach fizjologicznych, które można badać, a następnie określać poziom ich natężenia, siły, czasu trwania. Lęk ujawnia się także poprzez widoczne zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu procesów psychicznych takich jak: uwaga, pamięć, spostrzeganie, myślenie, podejmowanie decyzji. W zależności od postrzeganego źródła zagrożenia lęk może być krótkotrwały lub długotrwały. Niektórzy badacze, jak C.D. Spielberger (za Wrześniewski 1983), przyjmują, że można mówić o lęku jako pewnej stałej właściwości psychicznej, cesze osobowości oraz o stanie lęku jako reakcji na konkretną sytuację, wydarzenie<sup>1</sup>.

Lęk pojawia się z bliżej nieokreślonych powodów i wpływa na podstawowe reakcje. Wówczas lęk ma wymiar podmiotowy (tzw. lęk podmiotowy), gdyż jest lękiem podświadomym, człowiek wie, że się boi, ale nie potrafi wskazać źródła lęku<sup>2</sup>.

Lęk to powszechnie doświadczana emocja. Jego podstawowym celem jest informowanie o niebezpieczeństwie. Bez niego człowiek nie byłby w stanie dostrzec zagrożenia, więc mogłoby go spotkać wiele krzywd. Zatem lęk pozwala przygotować się na niebezpieczeństwo, mobilizuje organizm do walki, do uruchomienia sił, czasem wręcz nadludzkich<sup>3</sup>.

Niemniej natężenie lęku bywa nieadekwatne do tego, co się naprawdę dzieje, czasem pojawia się bezzasadnie. Odczuwanie ogromnego strachu podczas przebywania z lwem w sawannie jest normalne i właściwe - lew to przecież jedno z najniebezpieczniejszych zwierząt na ziemi. Gdy jednak ktoś ma identyczne natę-

<sup>1</sup> Ostrowska K. Ukryty lęk jako źródło zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu jednostki, 2014, 23, s. 143.

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2010. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2010. Supplement A, s. 10.

żenie lęku, gdy ogląda film przyrodniczy lub patrzy na lwa zamkniętego w klatce wydaje się to nienaturalne, co więcej, może znacznie utrudnić życie. Lęk jest jak sojusznik, który pozwala człowiekowi przetrwać w świecie, a zarazem znacznie ogranicza funkcjonowanie.

Lęk może pojawić się jako krótkotrwałe emocjonalne doświadczenie w trudnej życiowej sytuacji, jak i długotrwały stan, noszący znamiona zaburzenia.

Doświadczenie lęku dotyczy czterech obszarów funkcjonowania człowieka: myśli, emocji, reakcji fizjologicznych i zachowań. Gdy człowiek czuje lęk, jego myśli zwykle koncentrują się na zagrożeniu i na tym, że nie zdoła sobie z nim poradzić, ponieważ brakuje mu umiejętności. Zwykle człowiek nie dostrzega też możliwości uzyskania pomocy, łatwo natomiast wyobraża sobie nadciągającą katastrofę. Ciało bardzo wyraźnie reaguje - ktoś doświadczający lęku może się pocić, mieć napięte mięśnie i pustkę w głowie. Typowym zachowaniem jest dążenie do unikania sytuacji, które postrzega się jako zagrażające<sup>4</sup>.

W niektórych sytuacjach odczuwanie lęku jest zupełnie normalnym doświadczeniem, znanym każdemu człowiekowi, niekiedy jednak jego natężenie lęku czy specyfika prowadzą do powstania tzw. zaburzeń lękowych.

Zaburzeniach lękowe występują wtedy, gdy natężenie lęku przekracza tolerowany poziom oraz gdy występowanie lęku znacznie destabilizuje życie, nie pozwala wywiązywać się z ról zawodowych, społecznych czy też rodzinnych.

Na pojawienie się tych zaburzeń wpływają różne doświadczenia: szczególnie stresujące wydarzenie, wyjątkowa podatność na lęk, bolesne przeżycia z przeszłości. Niezależnie od przyczyny lęk zawsze obniża jakość życia, utrudnia realizację wielu zadań. Energia, którą można by wykorzystać na przeżywanie dobrych chwil, jest wtedy przeznaczana na walkę z lękiem.

Osoby doświadczające lęku nie tylko inaczej reagują na zagrożenia, lecz także inaczej sobie radzą, gdy pojawi się zagrożenie. Nie potrafią zmierzyć się z czymś, co budzi lęk, więc wybierają ucieczkę. Unikanie niebezpieczeństwa to zupełnie naturalna reakcja w obliczu zagrożenia i oczywista potrzeba. W przypadku osób cierpiących na zaburzenia lękowe często prowadzi to jednak do wycofania się z wielu aktywności<sup>5</sup>.

Doświadczenie lęku to zjawisko dość skomplikowane i niejednoznaczne. Lęk jest odczuciem bardzo zróżnicowanym, zróżnicowane są również zaburzenia emocjonalne z nim związane. Każde z nich ma inną strukturę i inaczej się go doświadcza. Radzenie sobie z lękiem to proces wymagający przede wszystkim zrozumienia natury doświadczanego lęku. Zależnie bowiem od tego, co i jak dana osoba przeżywa, dobiera się odpowiednie działania.

<sup>4</sup> Tamże.

<sup>5</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2010. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2010. Supplement A, s. 10.

Lęk to skutek przeceniania zagrożenia i niedoceniaenia własnej zdolności radzenia sobie z trudną sytuacją. Aby zwalczanie lęku było osiągalne, trzeba zweryfikować swoje spostrzeżenia na temat zagrożeń i własnych możliwości poradzenia sobie z nimi. Redukowanie lęku przebiega w dwojaki sposób: poprzez zmniejszanie poczucia zagrożenia i przez zwiększenie poczucia własnych możliwości poradzenia sobie<sup>6</sup>.

Istotę lęku przybliżyła teoria Spielbergera, który rozróżnił lęk-cechę i lęk-stan. Pod pojęciem lęku-cechy rozumiał indywidualną, trwałą dyspozycję do reagowania lękiem i spostrzegania danej sytuacji jako zagrażającej. Lęk-stan to złożona reakcja emocjonalna, na którą składa się subiektywne, niespecyficzne uczucie napięcia i zagrożenia, pojawiające się w danej sytuacji, mogące trwać dłużej lub krócej<sup>7</sup>.

Lęk jako cecha (lęk-cecha) definiowany jest przez Spielbergera jako konstrukt teoretyczny, oznaczający nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. W definicji tej podkreśla się wyuczony charakter lęku.

Spielberger formowanie osobowości lękowej wiąże z wczesnym okresem dzieciństwa, relacjami zachodzącymi w tym okresie między dzieckiem a rodzicami, szczególnie zaś w sytuacjach karania.

W definicji tej podkreśla się rolę, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze (postrzeganie sytuacji). W tym zakresie istnieje pewna stabilność. Lęk jako cecha jest dyspozycją do lękowego sposobu reagowania.

Lęk jako stan (lęk-stan) charakteryzuje się, według Spielbergera, subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi pobudzenie układu nerwowego. Cechą charakterystyczną tego rodzaju lęku jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

Wzajemne relacje między lękiem jako cechą i lękiem jako stanem mają w koncepcji Spielbergera istotne miejsce. Stanowisko autora testu można określić jako koncepcję "lęku reaktywnego" w odróżnieniu od koncepcji "lęku chronicznego". Oznacza to, inaczej mówiąc, że osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy, w porównaniu z osobami o niskim jego nasileniu, nie muszą w sposób stały (chroniczny) przejawiać go w sytuacjach charakteryzujących się odpowiednio wysokim nasileniem czynników zagrażających.

Jeżeli chodzi o związek między poziomem lęku jako cechy a wielkością reakcji na zagrożenie, to jest on bardzo wyraźny w sytuacjach, w których występu-

<sup>6</sup> Tamże.

<sup>7</sup> Florkowska Alicja, Łętowska Małgorzata, Pakuła Marcin, Plak Justyna, Symonowicz Ewelina. Wpływ poziomu lęku oraz pozytywnego pobudzenia emocjonalnego na afektywną percepcję scen nieustrukturyzowanych, s. 2.

je zagrożenie *ego* (w sytuacjach interpersonalnych), natomiast jest on słabszy w sytuacjach zagrożenia fizycznego<sup>8</sup>.

„Nie mamy jak dotąd wszechstronnej, wyczerpującej i powszechnie przyjętej teorii lęku. Najczęściej autorzy zajmujący się tym zagadnieniem traktują lęk jako reakcję emocjonalną. Niektórzy zaliczają lęk do popędów. Inni traktują lęk jako zespół emocji podstawowych (...). Przy ocenie tego uczucia uwzględnia się przede wszystkim stopień jego nasilenia, stosując różne określenia jak: niepokój, obawa, bojaźń, lęk, wstręt, obrzydzenie, strach, trwoga, groza, przerażenie, lęk paniczny”<sup>9</sup>.

Roboczo możemy wyodrębnić lęk przed utratą, chorobą, samotnością, brakiem pracy, kalectwem, niebezpieczeństwem, śmiercią, wypadkiem etc. Wszystkie możemy za Klichowskim nazwać sytuacyjnymi. Ten rodzaj lęku występuje najczęściej jako stan krótkotrwały, trwa nie dłużej niż kilka dni.

W sporadycznych sytuacjach lęki sytuacyjne mogą przechodzić w stany przewlekłe i pojawiać się w momencie konkretnego wydarzenia, po ustaniu którego zanika również lęk. Często towarzyszą mu fobie. Np. ogólny lęk przed gryzoniami może być wywoływany lękiem przed brudem, zarazkami czy chorobą. Lęk przed ludźmi może mieć swoje źródło w strachu przed akceptacją itd. Lęk sytuacyjny można stosunkowo łatwo kontrolować i swobodnie nad nim panować, zaś w większości sytuacji będzie on pozytywnym motorem do działania. Ponieważ lęk jest czymś występującym na poziomie psychicznym, wystarczy odpowiednio kierować stanami psychiki przy jednoczesnym zapobieganiu realnym wydarzeniom powodującym strach. Jest to naturalny mechanizm, bowiem obawa przed czymś powoduje, że podejmujemy intensywne działania, aby zapobiec temu, co jest źródłem strachu. Niekontrolowany strach bardzo często przeobraża się w agresję jako reakcję obronną, co z kolei może prowadzić nawet do autodestrukcji. Takie działania często obserwujemy wśród zwierząt, np. saren, które posiadają wrodzony lęk przed otoczeniem (tzw. płochliwość), w sytuacji realnego zagrożenia strach powoduje, że rzucają się one ślepo do ucieczki, niejednokrotnie kończąc w ten sposób życie. Również lęk przed życiem będzie mieścić się w tej samej kategorii lęków sytuacyjnych. Są to niczym niepodyktowane obawy przed kontaktem ze środowiskiem, lęk przed akceptacją w towarzystwie, przed samotnością czy śmiercią.

Charakterystycznym dla lęków sytuacyjnych jest to, że bardzo szybko są one wypierane, jeśli tylko pojawia się zjawisko odwracające naszą uwagę od lęku. W takich przypadkach albo lęk zostaje zapomniany, albo zastępowany jest on innym rodzajem lęku. „Tak dzieje się w przypadku samobójców, którzy nie mają lęku przed śmiercią, ponieważ lęk przed śmiercią został u nich zagłuszony innym lękiem, dla którego śmierć jest wybawieniem”<sup>10</sup>. Kiedy następuje stłumienie

<sup>8</sup> Zdziernicka A. Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. Zdr. Psych. 1991, 1-4, s. 173-181.

<sup>9</sup> Ziębicka J., Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1/2006, s. 41-44.

<sup>10</sup> Kaminski M. Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny* 4/2014, s. 48-49.

wyobraźni, pojawia się najczęściej lęk zastępczy. Nowy lęk pozostaje aktywny tak długo, aż nie zostanie zastąpiony przez kolejny.

W przypadku chorób psychicznych towarzyszący im lęk ma charakter patologiczny (lęk urojeniowy, schizofreniczny, depresyjny czy lęki o charakterze panicznym, jakie występują w zespołach odstawiennych). Ten rodzaj lęku istotnie wpływa na ludzkie życie, skutecznie je ograniczając, a nawet uniemożliwiając codzienne funkcjonowanie. Osoba cierpiąca na chorobliwy lęk doświadcza stanów paniki. Mogą one wywoływać agresję, którą chory prędzej czy później skieruje przeciwko samemu sobie, gdyż lęk, nawet ten urojony, musi znaleźć ujście<sup>11</sup>.

## CEL

Celem pracy była ocena stanu wyrównania metabolicznego u pacjentów z cukrzycą typu 2 i ocena zmian poziomu niepokoju.

## MATERIAŁ I METODA

Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2017 do grudnia 2017 roku. Odbywały się w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Puławach na oddziale wewnętrznym oraz na oddziale chirurgii. Badaniem objęto 93 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. 50,5% badanych stanowiły kobiety, 49,5% mężczyźni. Większość była aktywna zawodowo. Najwięcej osób chorowało od 2 do 5 lat. Przeważająca grupa badanych korzystała z poradni diabetologicznej i regularnie kontrolowała poziom cukru we krwi.

W badaniach posłużono się autorską ankietą oraz kwestionariuszem lęku STAI Spielberga (w adaptacji Wrześniowskiego). Ankieta składała się z 28 pytań o charakterze zamkniętym i półotwartym, pozwalających zebrać dane ogólne o respondentach oraz dane szczegółowe dotyczące m.in. wartości glikemii, wartości hemoglobiny glikowanej oraz nastroju, który towarzyszy pacjentowi podczas choroby. Narzędzie składało się z dwóch części:

- część pierwsza obejmowała informacje o respondencie; pozwoliła na socjodemograficzną charakterystykę badanej grupy (pod względem wieku i aktywności zawodowej);
- część druga zawierała zestaw pytań dotyczących zagadnień będących przedmiotem badań.

Kwestionariusz STAI Spielberga w adaptacji Wrześniowskiego (1983) służy do pomiaru lęku-cechy oraz lęku-stanu. Składa się z dwóch skal: skali X-1, badającej lęk-stan, i ze skali X-2, badającej lęk-cechę. Każda z nich obejmuje 20 krótkich pytań, a badany ma za zadanie zaznaczyć odpowiedź na skali od 1 do 4. W arkuszu X-1 osoba badana wskazuje, jak bardzo zgadza się z danym stwierdzeniem

<sup>11</sup> Kaminski M. Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny* 4/2014, s. 48-49.

(od zdecydowanie tak do zdecydowanie nie), natomiast w arkuszu X-2 określa częstotliwość odczuć scharakteryzowanych w pytaniu (od prawie nigdy do prawie zawsze). W kwestionariuszu zawarte są również pytania wprost i nie wprost. W przypadku pierwszych (pytania wprost) odpowiedź twierdząca jest wskaźnikiem wysokiego poziomu lęku, w drugiej grupie (nie wprost) to odpowiedź przecząca oznacza wysoki poziom lęku/lękliwości. W skali X-1 jest 10 pytań wprost i 10 pytań nie wprost, a w skali X-2 - 13 wprost i 7 nie-wprost.

Kwestionariusz STAI pozwala na ocenę lęku rozumianego jako doświadczany aktualnie stan emocji, jak również ocenę osobowościowo uwarunkowanej gotowości do reagowania lękiem w różnych sytuacjach. Trafność diagnostyczną testu potwierdzono, porównując jego wyniki z wynikami innych skal uznawanych za dobre miary lęku. Rzetelność testu STAI została określona na podstawie oszacowania zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej obu jego podskal.

Wyniki badań przedstawiono za pomocą liczebności i odsetka. W celu sprawdzenia, czy występują istotne statystycznie zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu chi-kwadrat Pearsona. Przyjęto, iż  $p$  o wartości niższej niż 0,05 wskazuje na występowanie związku istotnego statystycznie. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft Statistica 13.0 PL oraz pakietu Microsoft Office.

## WYNIKI

Przeanalizowano stan wyrównania metabolicznego w oparciu o wartości HbA1c, co przedstawia tabela 1. Większość pacjentów była średnio wyrównana. Dotyczyło to głównie chorujących krócej (<5 lat).

Tabela 1. Wyrównanie cukrzycy a czas trwania choroby

Czas trwania choroby		Wartość Hem Glik:			RAZEM	Kryteria doboru	Osoby z cukrzycą	
		<=6,5 %	od 6,5-7%	>7%			wyrównaną	niewyrównaną
<5 lat	n	10	35	9	54	Hem Glik <=6,5 %	10	44
	%	18,5%	64,8%	16,7 %	58,1%		18,5%	81,5%
5 lat i więcej	n	1	30	8	39	Hem Glik >7%	31	8
	%	2,6%	76,9%	20,5 %	41,9%		79,5%	20,5%
Ogółem		11	65	17	93	-	41	52
RAZEM							44,1%	55,9%

Źródło: badania własne.

Oceniono wyrównanie metaboliczne cukrzycy u badanych, z uwzględnieniem zmiennych płeć i wiek (tabela 2). Wyrównaną cukrzycę stwierdzono u 44,1% badanych, u pozostałych niewyrównaną. Analizowane zmienne socjoekonomiczne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa) nie wiązały się istotnie z faktem występowania bądź nie wyrównania metabolicznego cukrzycy ( $p>0,05$ ). Wyrównana cukrzyca nieznacznie częściej występowała u mężczyzn niż u kobiet, u badanych starszych niż 35 lat, mieszkańców dużych miast i wsi oraz u osób będących na emeryturze (tabela 3).

Tabela 2. Wiek i płeć a wyrównanie metaboliczne

Ocena stanu wyrównania metabolicznego u pacjentów z cukrzycą typu 2		Razem	Płeć		Wiek [lat]		
			K	M	20-35	36-50	>50
wyrównana	n	41	20	21	1	12	28
	%	44,1%	42,6%	45,7%	14,3%	46,2%	46,7%
niewyrównana	n	52	27	25	6	14	32
	%	55,9%	57,4%	54,3%	85,7%	53,8%	53,3%
ogółem	n	93	47	46	7	26	60
Stat. (chi <sup>2</sup> ) <i>p</i>		-	p=0,76345		p=0,25550		

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Stan wyrównania a miejsce zamieszkania aktywność zawodowa

Ocena stanu wyrównania metabolicznego u pacjentów z cukrzycą typu 2		Miejsce zamieszkania				Aktywność zawodowa			
		wieś	małe miasto	średnie miasto	duże miasto	pr.fiz	pr.um	emeryt	rencista
z wyrównaniem	n	15	12	11	3	14	14	11	2
	%	46,9%	42,9%	40,7%	50,0%	35,0%	46,7%	64,7%	33,3%
z niewyrównaniem	n	17	16	16	3	26	16	6	4
	%	53,1%	57,1%	59,3%	50,0%	65,0%	53,3%	35,3%	66,7%
ogółem	n	32	28	27	6	40	30	17	6
Stat. (chi <sup>2</sup> ), <i>p</i>		p=0,95510				p=0,20062			

Źródło: badania własne.

Wysoki poziom lęku jako stanu odczuwanego w danym momencie obserwowano częściej wśród badanych z niewyrównaną cukrzycą niż wyrównaną (71,2% vs 48,8%). Różnica okazała się istotna statystycznie ( $p<0,028$ ) [tabela 4].

Tabela 4. Lęk-stan a wyrównanie cukrzycy

POZIOM LĘKU dotyczy lęku jako stanu		Cukrzyca		Razem
		wyrównana	niewyrównana	
średni	n	21	15	36
	%	51,22%	28,85%	38,7%
wysoki	n	20	37	57
	%	48,78%	71,15%	61,3%
ogółem	n	41	52	93
Stat. (chi <sup>2</sup> ) p		p=,02786		-

Źródło: badania własne.

Istotny związek z poziomem lęku-stanu miał także wiek powyżej 50 lat ( $p < 0,044$ ). Badani w tym przedziale wiekowym z niewyrównaną cukrzycą częściej niż pozostali charakteryzowali się wysokim poziomem lęku-stanu (66,7%) [tabela 5].

Tabela 5.\* Lęk-stan a wyrównanie metaboliczne i wiek

POZIOM LĘKU dotyczy lęku jako stanu			Cukrzyca		Razem	Stat. (chi <sup>2</sup> ) p
Wiek [lat]			wyrównana	niewyrównana		
36-50	średni	n	7	3	10	p=,05382
		%	58,3%	21,4%	38,5%	
	wysoki	n	5	11	16	
		%	41,7%	78,6%	61,5%	
ogółem	n	12	14	26	-	
>50	średni	n	13	7	20	p=,04414
		%	46,4%	21,9%	33,3%	
	wysoki	n	15	25	40	
		%	53,6%	78,1%	66,7%	
ogółem	n	28	32	60	-	

Źródło: badania własne.

\*Analiza nie objęła osób najmłodszych ze względu na zbyt małą liczebność grupy.

Zamieszkiwanie na wsi istotnie wiązało się z poziomem lęku jako stanu ( $p < 0,036$ ). Badani mieszkańcy wsi z wyrównaną cukrzycą częściej wskazywali na średni poziom odczuwanego lęku, a z niewyrównaną na wysoki. Istotnych zależ-



ności nie zaobserwowano w przypadku mieszkańców małych i średnich miast (tabela 6).

Tabela 6.\* Lęk-stan a wyrównanie w relacji do miejsca zamieszkania

POZIOM LĘKU (dotyczy lęku jako stanu)			Cukrzyca		Razem	Stat. (chi <sup>2</sup> ) <i>p</i>
Miejsce zam.			wyrównana	niewyrównana		
wieś	średni	n	9	4	13	p=,03606
		%	60,0%	23,5%	40,6%	
	wysoki	n	6	13	19	
		%	40,0%	76,5%	59,4%	
	ogółem	n	15	17	32	-
małe miasto	średni	n	5	4	9	p=,35004
		%	41,7%	25,0%	32,1%	
	wysoki	n	7	12	19	
		%	58,3%	75,0%	67,9%	
	ogółem	n	12	16	28	-
średnie miasto	średni	n	5	4	9	p=,26794
		%	45,5%	25,0%	33,3%	
	wysoki	n	6	12	18	
		%	54,5%	75,0%	66,7%	
	ogółem	n	11	16	27	-

Źródło: badania własne.

\*Analiza nie objęła mieszkańców dużego miasta ze względu na zbyt małą liczebność grupy.

## DYSKUSJA

W badaniu własnym obejmującym osoby chore na cukrzycę typu 2 oceniono wpływ wyrównania metabolicznego na reakcje lękowe. Osoby badane podzielono według wieku, wyodrębniając przedziały: od 20 do 35 lat (7,5%), od 35 do 50 lat (28%) oraz powyżej 50 lat (64,5%). Większość z nich można zaliczyć do osób starszych, zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uznającej za początek starości przekroczenie 60. roku życia. Wśród badanych przeważały kobiety. Najwięcej osób pochodziło ze wsi, a najmniej z dużych miast. Większość chorowała na cukrzycę od 2 do 5 lat.

Cukrzyca jest chorobą, która, jak wiele innych schorzeń, już od momentu rozpoznania jest źródłem stresu, reakcji lękowych czy też zaburzeń depresyjnych. Uzyskane wyniki wskazują na brak właściwego wyrównania cukrzycy u badanych. W analizowanej grupie pacjentów wyrównana cukrzyca występowała

u 44,1%, u pozostałych niewyrównana. Nieznacznie częściej dobre wyrównanie mieli mężczyźni. Dla chorych na cukrzycę większym powodem do obaw może być utrata niezależności niż kliniczne powikłania związane z chorobą. Zarówno poziom lęku jako cechy oraz jako stanu kształtował się na wysokim poziomie.

Zaobserwowano, że poziom niepokoju był zależny od wieku badanych oraz od czasu trwania choroby. Istotnie wyższy poziom niepokoju dotyczył badanych starszych, powyżej 50. roku życia. Być może wynikało to z faktu, iż boją się utraty niezależności, mogło być też związane z trwającą podczas przeprowadzania badań hospitalizacją.

Badanych na cukrzycę typu 2 cechuje z reguły wysoki poziom reagowania lękiem na sytuacje bieżące, a także potencjalne. Jest to obawa przed przyszłością, mająca swoje źródło w przekonaniu o nieuleczalności choroby. Cukrzyca bowiem zmienia znacznie życie pacjenta, narzuca dodatkowe obowiązki, grożąc wystąpieniem nagłych lub przewlekłych powikłań. „Cukrzyca wpływa na życie człowieka, a brak kontroli może prowadzić do różnych powikłań i zaburzeń w życiu codziennym”, jak podkreślają Krystyna Kurowska i Magdalena Szomosor<sup>12</sup>. Z kolei Helena Motyka i Krystyna Stanisz-Wallis<sup>13</sup> zauważają, iż „...jest to (...) choroba, z którą pacjent zmuszony jest żyć na stałe, wprowadzając szereg dotkliwych zmian w stosunku do warunków i wymagań wcześniejszego życia, a także niosąca zagrożenie poważnymi komplikacjami”.

Podczas analizy badań własnych okazało się, że chorzy na cukrzycę typu 2 odczuwali wysoki poziom lęku i mieli znacząco obniżony nastrój, częściej były to osoby z niewyrównaną cukrzycą.

Badania prowadzone przez Halinę Nowakowską<sup>14</sup> nt. wybranych czynników psychospołecznych i medycznych oraz jakości życia chorych na cukrzycę typu I wykazały, iż zaburzenia lękowe chorych na cukrzycę typu I utrzymywały się na niskim poziomie. Mogło to wynikać z podziału badanych na grupę eksperymentalną i kontrolną oraz z tego, iż nie przebywali w tym czasie w szpitalu. Badania wykonywane były w poradniach diabetologicznych. W badaniach własnych dotyczących cukrzycy typu 2 stwierdzono, że u osób starszych lęk utrzymywał się na wysokim poziomie.

„W grupie chorych na cukrzycę zwiększa się odsetek zaburzeń lękowych: zespołu lęku uogólnionego, zespołu lęku panicznego czy stresu urazowego. Moment, w którym pojawiają się zaburzenia lękowe, to czas, w którym po raz pierwszy rozpoznano cukrzycę” – podkreśla Marek Kowrach<sup>15</sup>. Uzyskane wyniki własne wskazują, że w momencie rozpoznania choroby, najczęściej pojawia się obawa

<sup>12</sup> Kurowska K., Szomosor M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, s. 147.

<sup>13</sup> Motyka H., Stanisz-Wallis K. Wybrane determinanty jakości życia w cukrzycy. *Nowa Medycyna* 3/2013, s. 115-123.

<sup>14</sup> Nowakowska H. Wybrane czynniki psychospołeczne i medyczne a jakość życia chorych na cukrzycę typu 1. [www.pbc.gda.pl/Content/4773/nowakowska\\_halina.pdf](http://www.pbc.gda.pl/Content/4773/nowakowska_halina.pdf) [dostęp: 20.02.2018].

<sup>15</sup> Korwach M. Zaburzenia psychiczne w cukrzycy, 2014.

przed zmianą stylu życia. Chory uświadamia sobie, że czekają go codzienne kontrole glikemii, przestrzeganie diety, w związku z tym może niepokoić się o swoje relacje dotyczące rodziny, znajomych, przyjaciół, jak i również o sferę zawodową.

Jak wynika z badań Marii Zegorlickiej-Poręby i Przemysława Jarosza-Chobota, „W okresie rozpoznania choroby każdy pacjent może początkowo sprawiać wrażenie, że zaakceptował chorobę, później jednak może stać się smutny, lękliwy, zbuntowany lub zmartwiony...”<sup>16</sup>. Badania własne dowodzą, że w 83,6% kobietom ciężko było zaakceptować chorobę. Być może wynika to z faktu, że w przypadku kobiet choroba może ograniczyć spełnianie się w roli matki (np. w opiece nad dziećmi, dbaniu o emocjonalną sferę w rodzinie), ale może też obniżać poczucie atrakcyjności i kobiecości.

Z badań Waldemara Budzińskiego i współautorów<sup>17</sup> nt. depresji u osób chorych na cukrzycę insulinozależną, jak również z badań własnych wynika, że kobietom było ciężiej niż mężczyznom zaakceptować chorobę oraz wykazywały one wyższy poziom lęku. W przywołanej publikacji wskazano również, że większość chorych na cukrzycę ocenia opiekę pielęgniarską oraz edukację jako dobrą. Badania własne pokazały, że pacjenci określają poziom edukacji jako wystarczający.

Z badań przeprowadzonych przez Roberta Piekarskiego i współautorów nt. stanów wyrównania metabolicznego i poziomu niepokoju u nastolatków wynika, że jeśli chodzi o poziom niepokoju u dzieci, był on zależny od czasu trwania choroby. Dotyczyło to pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1, u których choroba trwała dłużej niż 10 lat, poziom niepokoju był u nich niższy niż u badanych chorujących krócej niż 10 lat. Mogło to wynikać z faktu adaptacji do choroby lub też z niechęci do ujawnienia niepokojów podczas przeprowadzanych badań<sup>18</sup>. Mimo że badania własne zostały przeprowadzone w grupie osób dorosłych, to czas trwania choroby nie wiązał się istotnie z poziomem lęku. Natomiast poziom lęku wzrastał wraz z wiekiem badanych.

W badaniu R. Piekarskiego większość dzieci była lepiej wyrównana, natomiast w badaniach własnych większość chorych była wyrównana słabo. Wskazana różnica mogła wynikać z okoliczności, w jakich realizowano badania. Dzieci badane były w czasie ich pobytu na koloniach (podczas kolonii wyrównanie ich ulegało znacznej poprawie, mógł na to wpłynąć przyjazny klimat), natomiast badania własne prowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych, co mogło wywoływać u nich dodatkowy niepokój.

Cukrzyca wpływa u chorych na funkcjonowanie w sferze psychicznej. Obniżenie jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę związane jest z towarzyszącymi

<sup>16</sup> Jak rozpoznanie cukrzycy typu 1 wpływa na stan emocjonalny pacjenta i jego rodziny? <https://bibliotekadiabetyka.pl/artykuly/jak-rozpoznanie-cukrzycy-typunbsp1-wplywa-na-stan-emocjonalny-pacjenta-i-jego-najblizszych> [dostęp: 20.02.2018].

<sup>17</sup> Budziński W., Mziray M., Walkiewicz M., Tartas M. Depresja u osób chorych na cukrzycę insulinozależną w aspekcie poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. 2009, 39, 23-31.

<sup>18</sup> Piekarski R., Szewczyk L., Bury A. Stan wyrównania metabolicznego i poziom niepokoju u nastolatków podczas pobytu na kolonii cukrzycowej. 2015. s. 26-27.

jej objawami oraz nieprzyjemnymi skutkami stosowania leków hipoglikemizujących. W sferze psychicznej najważniejszym determinantem jakości życia były czynniki psychologiczne, tj. poczucie koherencji oraz skłonność do reagowania lękiem, natomiast negatywny wpływ wywierał wiek. Chorych na cukrzycę typu 2 częściej dotyka lęk uogólniony, czyli wolno narastający lęk przed codziennymi wydarzeniami i problemami. W badaniach własnych 83,9% martwiło się swoim stanem zdrowia i były to częściej osoby z niewyrównaną cukrzycą.

## WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących odpowiedzi na pytania badawcze:

1. Niewyrównana cukrzyca typu 2 występowała u ponad połowy badanych.
2. Wysoki poziom lęku towarzyszył w większości pacjentom z cukrzycą niewyrównaną.
3. Zarówno poziom lęku jako stanu, czyli odczuwanego w danej chwili, oraz lęku jako cechy (lękliwości) kształtował się na wysokim poziomie.
4. Wysoki poziom odczuwalnego lęku towarzyszył głównie osobom starszym oraz dotyczył głównie mężczyzn.
5. Poziom niepokoju był zależny od wieku badanych osób.
6. Pacjentom z cukrzycą typu 2 bardzo często towarzyszą reakcje lękowe.
7. Reakcje lękowe pacjentów mogą przejawiać się złym wyrównaniem metabolicznym.

## PODSUMOWANIE

Uzyskane wyniki wskazują, że należy zwrócić szczególną uwagę na działania zmierzające do poprawy stanu emocjonalnego chorych na cukrzycę. Praca nad zaangażowaniem rodziny we wsparcie chorego powinna pozytywnie wpłynąć na jego ogólne samopoczucie. Przekazywane pacjentom informacje na temat stanu zdrowia powinny być dostosowane do ich możliwości intelektualnych. Pozytywne nastawienie do leczenia będzie miało swoje odzwierciedlenie w postaci lepszego wyrównania oraz lepszego nastroju.

## PIŚMIENNICTWO

1. Budziński W., Mziray M., Walkiewicz M., Tartas M. Depresja u osób chorych na cukrzycę insulinozależną w aspekcie poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. 2009, 39, 23-31.
2. Florkowska Alicja, Łętowska Małgorzata, Pakuła Marcin, Plak Justyna, Symonowicz Ewelina. Wpływ poziomu lęku oraz pozytywnego pobudzenia emocjonalnego na afektywną percepcję scen nieustrukturyzowanych, s. 2.
3. Kaminski M. Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny* 4/2014, s. 48-49.
4. Korwach M. Zaburzenia psychiczne w cukrzycy. 2014.
5. Kurowska K., Szomosor M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, s. 147.
6. Motyka H., Stanisław Wallis K., Wybrane determinanty jakości życia w cukrzycy. *Nowa Medycyna* 3/2013, s. 115-123.
7. Piekarski R., Szewczyk L., Bury A. Stan wyrównania metabolicznego i poziom niepokoju u nastolatków podczas pobytu na kolonii cukrzycowej. 2015. s. 26-27.
8. Ostrowska K. Ukryty lęk jako źródło zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu jednostki. 2014, 23, s. 143.
9. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2010. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2010. Suplement A, s. 10.
10. Zdziernicka A. Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. *Zdr. Psych.* 1991, 1-4, s. 173-181.
11. Źródło internetowe: [http://diabetycsredzcy.eu/?page\\_id=40](http://diabetycsredzcy.eu/?page_id=40) „Jak żyć z cukrzycą? Spojrzenie psychologa” [dostęp: 16.02.2018].
12. Źródło internetowe: <https://bibliotekadiabetyka.pl/artykuly/jak-rozpoznanie-cukrzycy-typunbsp1-wplywa-na-stan-emocjonalny-pacjenta-i-jego-najblizszych> Jak rozpoznanie cukrzycy typu 1 wpływa na stan emocjonalny pacjenta i jego rodziny? [dostęp: 20.02.2018].
13. Źródło internetowe: [www.pbc.gda.pl/Content/4773/nowakowska\\_halina.pdf](http://www.pbc.gda.pl/Content/4773/nowakowska_halina.pdf) Wybrane czynniki psychospołeczne i medyczne a jakość życia chorych na cukrzycę typu 1. [dostęp: 20.02.2018].

## State of metabolic control and anxiety reactions in patients with type 2 diabetes

Katarzyna Muciek<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► **S u m m a r y :**

**Introduction.** Type 2 diabetes constitutes from 85% - 95% of all cases of diabetes worldwide. Considering the frequency of occurrence, increased incidence, duration, and the developing complications, it is referred to as a social disease. Despite proper therapy this disease often leads to the deterioration of the quality of life. The necessity for frequent controls and observance of diet may be the source of anxiety or depressive disorders. Diabetic patients in whom there simultaneously occur states of depression and anxiety experience decreased motivation for treatment, which is associated with worse metabolic control.

**Objective,** The objective of the study was evaluation of the state of metabolic control in patients with type 2 diabetes, and assessment of changes in the level of anxiety.

**Materials and Method.** The study was conducted during the period from November 2017 – December 2017, in the Independent Public Health Care Centre in Puławy, in the internal ward and the surgical ward, and included 93 patients ill with type 2 diabetes. In the study participated 50.5 % of females and 49.5% of males. The majority of respondents were occupationally active. The largest number of diabetic patients had been ill for 2-5 years. The majority of the respondents used diabetology outpatient clinic, and regularly controlled the level of blood glucose.

The presented study was conducted by the survey method, and the research instruments were a questionnaire and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) adapted by Wrześniowski.

**Results and Conclusions.** Low mood and anxiety reactions affected the examined patients on a relatively high level, more frequently in patients with uncontrolled diabetes.

► **Key words:** state of metabolic control, anxiety reactions, patients, type 2 diabetes.



# Analiza obaw pacjentów przed planowanym znieczuleniem ogólnym

Urszula Anna Rusiecka<sup>1</sup>, Lech Panasiuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Stres towarzyszy człowiekowi od zawsze, odczuwalny jest on w chwili zagrożenia życia oraz zdrowia, zwłaszcza w chwili pojawienia się niepełnosprawności lub zaistnienia choroby somatycznej. Lepsze poznanie uwarunkowań stresu, jakiego doświadcza pacjent trafiający do szpitala, wpłynąć może na przebieg okresu pooperacyjnego, eliminując niektóre problemy pojawiające się w tym okresie.

**Cel.** Celem badania była analiza poziomu obaw pacjentów przed znieczuleniem ogólnym poprzedzającym zabieg operacyjny.

**Materiał i metody.** Badania były prowadzone od czerwca 2017 do października 2017 roku wśród pacjentów leczonych i przebywających na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziału Ginekologii i Położnictwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie. W badaniach własnych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowej.

**Wyniki i wnioski.** W badaniach własnych większość badanych odczuwała lęk przed znieczuleniem ogólnym. Badani w największym stopniu obawiali się, że obudzą się w trakcie operacji i będą czuli ból. W mniejszym stopniu obawiali się komplikacji czy niewybudzenia się po operacji. Mniej niż połowa badanych odczuwała nasilenie lęku pod wpływem rozmów z pacjentami będącymi już po zabiegu operacyjnym w znieczuleniu ogólnym. Większe obawy odczuwali badani w młodszym wieku oraz przechodzący zabieg planowy. Badani wyrażali przekonanie, iż atmosfera na bloku operacyjnym oraz troskliwość i kultura pielęgniarki anestezjologicznej miały wpływ na niwelowanie lęku przed znieczuleniem ogólnym. Właściwa edukacja pacjenta, udzielane wsparcie emocjonalne i informacyjne oraz efektywna komunikacja mogą zmniejszyć lęk i obawy przed znieczuleniem.

► **Słowa kluczowe:** obawy pacjentów, znieczulenie, zabiegi planowane, znieczulenie ogólne.

## WPROWADZENIE

Anestezjologia oraz intensywna terapia należą do najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny. Już ponad 1000 lat przed naszą erą w Indiach Charaka wykorzystywał alkohol dla znieczulenia bólu podczas zabiegu operacyjnego. Także Hipokrates już 450 lat p.n.e. stosował inhalacje wykonane z naparów ziołowych łagodzące bóle pooperacyjne. Pojęcie znieczulenia po raz pierwszy zostało użyte przez Platona 200 lat p.n.e.<sup>19</sup>. W 1773 roku odkryto podtlenek azotu, a w 1844 roku Horacy Wells użył podtlenku przy ekstrakcji zęba.

<sup>19</sup> Wujtewicz, Kruszyński Z. Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2010.



W 1846 roku Robert Liston użył eteru do amputacji ramienia. W 1846 roku Holmes wprowadził termin „anestezja”. W naszym kraju pierwsze znieczulenie chlo-roformowe przeprowadzone zostało w Warszawie 11 grudnia 1847 roku przez Antoniego Le Bruna. Jednak dopiero wprowadzenie środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane (w 1942 roku currare wprowadził Griffith, zaś w Polsce Pokrzywnicki w 1947 roku) stało się prawdziwym przełomem w rozwoju anestezjologii i chirurgii. Anestezjologia mimo wszystko jest dość młodą specjalizacją medycyny, a powszechność i samodzielność uzyskała dopiero po II wojnie światowej. Współcześnie znieczulenie, choć powszechnie określane jako narkoza, to skomplikowane działanie, którego celem jest uwolnienie operowanego człowieka od bólu oraz nieprzyjemnych doznań, przejściowe wyłączenie jego świadomości, a przede wszystkim umożliwienie chirurgowi swobodnego oraz wygodnego dostępu do pola operacyjnego<sup>20</sup>.

Uważa się, iż sam pobyt w szpitalu jest obciążeniem psychicznym dla pacjenta, natomiast proces leczenia chirurgicznego to przeżycie silnych emocji i drastyczny element hospitalizacji. Siła emocji towarzysząca zabiegowi uzależniona jest od wielu czynników, wśród których wymienia się stan zdrowia chorego, jego osobowość, umiejętność adaptacji do nowych warunków i otoczenia, wiedzę z zakresu zabiegu operacyjnego. Wśród emocji, które pojawiają się przed leczeniem chirurgicznym, zazwyczaj wskazuje się na strach przed komplikacjami oraz powikłaniami, zgonem oraz bólem. Na wystąpienie obaw przed operacją ma również wpływ wynik badania histopatologicznego. Pacjenci zazwyczaj obawiają się znieczulenia ogólnego, gdyż dochodzi tu do utraty kontroli i całkowitego uzależnienia od personelu medycznego<sup>21</sup>. W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy czynniki będące źródłem lęku u chorych oczekujących na operację: strach przed znieczuleniem, strach przed odczuwaniem dolegliwości bólowych oraz strach przed utratą życia. Powodem wystąpienia takich reakcji jest też stan gorszego samopoczucia po operacji<sup>22</sup>. Liczne obawy są także wynikiem braku wsparcia ze strony bliskich, utraty dochodów na skutek dłuższej nieobecności w pracy. Przeżywane emocje mają wpływ na dalszy przebieg leczenia i rekonwalescencję. Istotne jest zatem właściwe przygotowanie psychiczne pacjenta.

Ważnym elementem procesu leczenia jest wiedza pacjenta w zakresie zdrowia i choroby. Szczególna rola przypisywana jest anestezjologowi i pielęgniarce, która sprawuje całościową opiekę na chorym. Najważniejszym bowiem i najbardziej kompetentnym źródłem informacji jest lekarz i pielęgniarka. Dlatego też istotnym celem jest właściwa opieka pielęgniarska, która poprzez profesjonalne

<sup>20</sup> Mayzner E., Rawicz M. *Zarys anestezjologii i intensywnej terapii*. Akademia Medyczna w Warszawie. Warszawa 2004.

<sup>21</sup> Pilewska A., Jakiel G. *Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną, jako sytuacja trudna dla kobiet*. *Prz. Menopauz.* 2005; 5: 37–41.

<sup>22</sup> Romaniuk W., Kański A., Soluch P. i wsp. *Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją*, *Anest Intes Ter* 2009; XLI: 94–99.

działania wpływa na łagodzenie lęku okołoperacyjnego i obawy przed znieczuleniem ogólnym<sup>23</sup>.

Znieczuleniem ogólnym określa się przejściowe i odwracalne zniesienie świadomości oraz czucia bólu pod wpływem działania środków farmakologicznych. Jest to zniesienie bólu w całym ciele. W znieczuleniu ogólnym (*łac. anesthesia generalis*) wpływowi anestetyku poddane zostają wszystkie narządy oraz tkanki. Aktywność anestetyku ogólnego powoduje uaktywnienie specyficznych struktur ośrodkowego układu nerwowego i pojawia się sen<sup>24</sup>. Na znieczulenie ogólne składają się 4 podstawowe komponenty:

- zniesienie świadomości – hypnosis,
- zniesienie czucia bólu – analgesio,
- zniesienie odruchów – areflexio,
- zniesienie napięcia mięśniowego – relaxatio<sup>25</sup>.

Początkowo znieczulenie ogólne było osiąganę przez zastosowanie jednego środka w bardzo dużej dawce (znieczulenie ogólne proste). Aktualnie poszczególne składowe znieczulenia uzyskiwane są poprzez zastosowanie dwóch lub więcej środków (znieczulenie ogólne złożone), co pozwala na znaczne zmniejszenie dawki poszczególnych leków z uwagi na ich działanie synergistyczne.

Przebieg znieczulenia ogólnego dzielony jest na 3 podstawowe etapy:

- etap pierwszy to wprowadzenie do znieczulenia, czyli indukcja;
- etap drugi to podtrzymywanie znieczulenia – kondukcja;
- etap trzeci to wyprowadzenie ze znieczulenia – budzenie<sup>26</sup>.

Zanim rozpocznie się wprowadzanie do znieczulenia, pacjent musi zostać odpowiednio przygotowany. Działania takie mają na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań. Znaczenie ma tutaj stan ogólny chorego i rodzaj zabiegu, a także to, czy był planowany czy też nie. Do zabiegów planowych chory jest przygotowywany już podczas wizyty przedoperacyjnej, natomiast w sytuacjach zagrożenia życia przygotowanie do zabiegu i znieczulenie odbywa się w ciągu kilku minut po przybyciu na salę operacyjną. Warunkiem rozpoczęcia znieczulenia jest zabezpieczenie dostępu do żyły i podłączenie urządzeń monitorujących. Przed indukcją wprowadza się kaniulę do jednej z żył obwodowych, zaś parametry życiowe pacjenta są monitorowane metodami nieinwazyjnymi. Ważne jest przed tym etapem natlenienie chorego, określane jako preoksygenacja. Natlenienie trwa zazwyczaj około 3-5 minut i w tym czasie podawany jest choremu 100% tlen przez

<sup>23</sup> Śniecikowska B. Czynniki generujące poziom lęku w okresie okołoperacyjnym u pacjentek zakwalifikowanych do operacji w obrębie gruczołu tarczowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21 (2): 228-234.

<sup>24</sup> Kruszyński Z. *Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2010.

<sup>25</sup> Daczyńska-Herman A., Herman Z. *Leki stosowane w anestezjologii*. W: Kamiński B., Kubler A. *Anestezjologia i intensywna terapia*. PZWL. Warszawa 2002.

<sup>26</sup> Wujtewicz M., Kwiecińska B. *Anestezjologia dla studentów*. Akademia Medyczna w Gdańsku. Gdańsk 2005.

maskę twarzową. Jeśli jednak konieczne jest szybkie znieczulenie chorego, zazwyczaj wykonuje on 3 głębsze wdechy. W zależności od sposobu podania środków nasennych indukcja znieczulenia ogólnego może być przeprowadzona drogą wziewną lub dożylną<sup>27</sup>.

Wśród dostępnych rodzajów znieczulenia ogólnego wyróżnia się:

**Znieczulenie ogólne proste.** Wszelkie niezbędne komponenty znieczulenia uzyskiwane są przy wykorzystaniu jednego anestetyku w postaci wziewnej. Ta metoda i sposób podania pozwala na uniknięcie polipragmazji, jednak wymusza stosowanie wysokich stężeń anestetyków, co może doprowadzić do powstania zmian strukturalnych i czynnościowych w narządach. W tym rodzaju znieczulenia wykorzystywany był dawniej eter dwuetylowy, tzw. narkoza eterowa.

**Znieczulenie ogólne złożone.** Komponenty anestezji uzyskiwane są przy wykorzystaniu dwóch lub więcej środków. Metoda ta polega na kojarzeniu anestetyku wziewnego lub dożylnego z analgetykiem opioidowym oraz środkiem zwiotczającym, co przy wykorzystaniu synergizmu w działaniu leku pozwala na stosowanie niskich dawek. Ten rodzaj znieczulenia dominuje we współczesnej anestezji<sup>28</sup>.

Wołowicka i Dyk wymieniają pięć rodzajów znieczulenia ogólnego.

**Znieczulenie wziewne (VIMA).** Do układu oddechowego pacjenta podaje się mieszaninę zawierającą tlen (w stężeniu min. 30%), podtlenek azotu z anestetykiem halogenowym lub mieszaninę zawierającą powietrze, tlen i anestetyk halogenowy. Indukcję w tym rodzaju znieczulenia osiąga się poprzez podanie środka anestetycznego dożylnego lub środka anestetycznego wziewnego, którym później podtrzymywane jest znieczulenie. Znieczulenie to może zostać wykonane na cztery różne sposoby: metodą otwartą, półotwartą, półzamkniętą i zamkniętą. O metodzie decyduje między innymi wielkość dopływu świeżych gazów do układu oddechowego, konieczność pochłaniania dwutlenku węgla, obecność oddechu zwrotnego oraz straty ciepła<sup>29</sup>.

Metoda otwarta cechuje się dopływem świeżych gazów przewyższającym wentylację minutową pacjenta, brak jest oddechu zwrotnego, nie ma potrzeby eliminowania dwutlenku węgla, zaś straty ciepła przekraczają 250 kcal/min (1047 kJ/min). Metoda półotwarta charakteryzuje się dopływem świeżych gazów równym wentylacji minutowej pacjenta, częściowym oddechem zwrotnym, niewymagającym eliminacji dwutlenku węgla za pomocą pochłaniacza, oraz stratami ciepła <250 kcal/min. Metoda półzamknięta to przepływ gazów poniżej wentylacji minutowej pacjenta, retencja dwutlenku węgla; wymagana jest eliminacja przy użyciu wapna sodowego, straty ciepła wynoszą ok. 180 kcal/min (754 kJ/min). Metoda zamknięta charakteryzuje się dopływem do układu anestetycznego jedy-

<sup>27</sup> Hirt R., Bubser H. Podręcznik anestezjologii dla pielęgniarek. PZWL. Warszawa 1994.

<sup>28</sup> Weinert M., Kubler A. (red.) Anestezjologia. Wydawnictwo Urbn&Partner. Wrocław 2007.

<sup>29</sup> Gaszyński W., Machała W. Znieczulenie ogólne. W: Wołowicka L, Dyk D. (red.). Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. PZW., Warszawa 2007.

nie tlenu w objętości 3 ml/kg mc./min, całkowitym oddechem zwrotnym, wymagającym eliminacji dwutlenku węgla, oraz stratami ciepła <180 kcal/min.

**Neuroleptoanestezja** jest to wentylacja pacjenta mieszaniną zawierającą tlen oraz podtlenek azotu w stosunku objętościowym 1:2, połączona z podaniem dożylnym neuroleptyku – najczęściej droperydolu.

**Znieczulenie ogólne całkowite dożylne (TIVA).** Mieszaninę oddechową stanowi tlen lub tlen i powietrze połączone z ciągłym dożylnym wlewem środka znieczulenia ogólnego dożylnego. W tym wypadku indukcja znieczulenia polega na podaniu środka anestezji dożylnej, którym później podtrzymuje się znieczulenie. Ten rodzaj znieczulenia jest stosowany w chirurgii jednego dnia, gdzie priorytetem jest szybkie uruchomienie pacjenta oraz w kardioanestezji i neuroanestezji.

**Znieczulenie złożone.** Polega na połączeniu dwóch metod znieczulenia w celu zmniejszenia ilości stosowanych anestetyków: znieczulenie ogólne i przewodowe.

**Ataranalgezja**, w której stosuje się ketaminę i inny dożylny środek anestetyczny.

W czterech pierwszych rodzajach znieczulenia zachodzi najczęściej konieczność podania środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane. Wymaga to zastosowania oddechu mechanicznego po zaintubowaniu chorego<sup>30</sup>.

Znieczulenie wziewne jest rzadko stosowane u osób dorosłych ze względu na brak komfortu chorego oraz dość długi okres zasypania. Niedopasowana maska i jej nietolerancja może przyczynić się do nasilenia niepokoju pacjenta związanego ze znieczuleniem. Dodatkowo w trakcie indukcji obserwuje się często nieprzyjemny okres pobudzenia. Znieczulenie dożylnie charakteryzuje się łagodnym i szybkim oraz przyjemnym przebiegiem, co pozwala na uniknięcie niekorzystnych następstw związanych z pobudzeniem centralnego układu nerwowego.

Zalety znieczulenia całkowitego:

- zawsze możliwe i szybkie do wykonania, łatwiej akceptowalne przez pacjenta,
- umożliwia całkowitą kontrolę nad drogami oddechowymi,
- pozwala na dostęp chirurgiczny w różnych obszarach w tym samym czasie,
- nie stanowi problemu przy nieprzewidzianym wydłużeniu czasu trwania operacji, przy poszerzeniu jego zakresu,
- szybkie uruchomienie chorego,
- brak skażenia środowiska sal operacyjnych, przyjemna indukcja<sup>31</sup>.

W grupie wad znieczulenia ogólnego wymienia się:

- bark działania sedatywnego i analgetycznego w okresie pooperacyjnym, wyposażenie dodatkowe,
- wysoką cenę,
- ryzyko powrotu świadomości,
- możliwość aspiracji treści żołądkowej,

<sup>30</sup> Larsen R. *Anestezjologia*. Wydawnictwo Urban&Partner. Wrocław 2003.

<sup>31</sup> Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S. *Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I. Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 332-338.*

- ryzyko zespołu Mendelсона, przy  $pH < 7,35$  przy objętości większej  $0,8 \text{ ml/kg}$ , pooperacyjne nudności i wymioty,
- ryzyko uszkodzenia zębów<sup>32</sup>.

Środki znieczulenia ogólnego mają wpływ na cały organizm i nie ma znaczenia, do jakiego typu zabiegu jest przygotowywany chory. Niepożądane skutki takich działań mogą mieć charakter ogólnoustrojowy, jak i ograniczony. Zaburzenia powstające w układzie oddechowym mogą być przyczyną znacznej liczby powikłań mających charakter globalny. Jednym z ważniejszych powikłań jest trudność utrzymania drożności dróg oddechowych; różnią się one w zależności od lokalizacji przeszkody oraz stopnia zawansowania zwężenia. W chwili zwężenia oskrzeli pojawia się duszność połączona z szorstkim, wdechowo-wydechowym świstem. Objaw taki występuje też przy zwężeniu krtani. Przyczyną trudnej intubacji na sali operacyjnej może być zbyt płytkie znieczulenie oraz niedostateczne zwiótnienie mięśni. Traumatyczna intubacja może uszkodzić siekacze. Do powikłań związanych z układem pokarmowym zalicza się przemieszczenie się zawartości żołądka do jamy ustanej, a następnie płuc. Może dojść do tego podczas indukcji znieczulenia lub też po zakończeniu zabiegu i ekstubacji pacjenta. Do przesunięcia się treści pokarmowej może dojść biernie na każdym etapie znieczulenia. Kolejnym powikłaniem może być przedostanie się powietrza lub też innych gazów oddechowych do jamy opłucnej. Odma płucna, nawet niewielka, jest trudna do stwierdzenia, lecz jest zagrożeniem dla chorego. Przeciwnieństwem jest niedodma, czyli brak powietrzności pęcherzyków płucnych. Dotyczy ona zazwyczaj fragmentu miąższu płucnego i może mieć charakter rozsiany lub ograniczony. Jeśli niewystarczająca w stosunku do aktualnych potrzeb organizmu jest zawartość tlenu we krwi (hipoksemia) lub tkankach (hipoksja) – klinicznym objawem jest sinica. W układzie krążenia mogą pojawić się zaburzenia rytmu serca w postaci: tachykardii, bradykardii, komorowych i nadkomorowych zaburzeń rytmu serca, doprowadzić to może do upośledzenia funkcji mechanicznej serca. Objawia się to obniżeniem pojemności minutowej serca i ciśnienia tętniczego. Zdarza się, że operacja może spowodować niedokrwienie i zawał mięśnia sercowego. Ryzyko wystąpienia możliwe jest we wczesnym okresie pooperacyjnym. Pojawić się może hipotensja tętnicza upośledzająca nie tylko czynnościowe i organiczne zmiany narządowe, ale powodująca też zaburzenia o charakterze ogólnoustrojowym. Przy nadmiernej stymulacji nerwu błędnego może dojść do zatrzymania krążenia, co jest wysoce prawdopodobne. Natomiast uszkodzenie struktur obwodowych systemu powoduje mniejsze lub większe skutki regionalne, które mogą wiązać się z przejściowym upośledzeniem czynności mózgu (samo jednak znieczulenie ogólne wyłącza czasowo świadomość i wywołuje utratę przytomności).

U osób w wieku podeszłym przy niewydolnym krążeniu systemowym lub podczas wykonywania niektórych procedur chirurgicznych może dojść do zabu-

<sup>32</sup> Kruszyński I. Znieczulenie ogólne. Zatorowość płucna. PZWL. Warszawa 2007, s. 13.

rzeń krążenia mózgowego. W zależności od głębokości anestezji może pojawić się osłabianie sił mięśni poprzecznie prążkowanych.

Najczęstsze powikłania anestezjologiczne:

- w układzie krążenia są to: skoki ciśnienia tętniczego, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia rytmu serca, krwawienia i hipowolemia;
- w układzie oddechowym dojść może do niedrożności dróg oddechowych, kurczu głośni, zaburzeń spontanicznej wentylacji, bezdechu, hipoksemii i niedostatecznej wentylacji mechanicznej;
- pozostałe przypadki to przedawkowanie leków, przedłużona blokada nerwo-mięśniowa, wymioty oraz nudności, wyziębienie organizmu, alergię na lateks, środki dezynfekcyjne i leki<sup>33</sup>.

## CEL

Celem badania była analiza poziomu obaw pacjentów przed znieczuleniem ogólnym poprzedzającym zabieg operacyjny.

## MATERIAŁ I METODA

W badaniach własnych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowej. Jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, a warunkiem przystąpienia do badania była pisemna zgoda osoby badanej.

Badania zostały przeprowadzone od czerwca do października 2017 roku wśród pacjentów leczonych i przebywających na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziału Ginekologii i Położnictwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie.

W ankiecie wyodrębniono 2 części. Pierwsza część dotyczyła sytuacji socjoekonomicznej osób ankietowanych (pytania od II do VI). Pacjentów pytano o płeć, rok urodzenia, posiadane wykształcenie, aktywność zawodową, miejsce zamieszkania. Na podstawie roku urodzenia określono wiek pacjentów; utworzono kategorie wiekowe: do 40. roku życia, 41-55 lat, powyżej 55 lat. Określono miejsce zamieszkania pacjentów: wieś, miasto. Ustalono również poziom wykształcenia osób badanych. Utworzono następujące grupy wykształcenia: niepełne podstawowe/podstawowe, zawodowe, średnie/policealne, licencjat/wyższe. Określono aktywność zawodową według następujących kategorii: uczeń/student, pracujący na stałe, pracujący sezonowo lub okresowo, bezrobotny, rencista/emeryt.

Druga (pytania od VII do XXX) część ankiety obejmowała pytania sondujące wiedzę respondentów na temat znieczulenia ogólnego, procedur związanych ze znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym oraz nasilenie poziomu lęku w zależności

<sup>33</sup> Wołowicka L., Dyk D. *Anestezjologia i intensywne opieka*. Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008.

od wybranych czynników socjoekonomicznych. Ankietowani odpowiadali też na pytania dotyczące informacyjnej roli anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej, rodziny, jak też innych pacjentów poddanych wcześniej znieczuleniu ogólnemu. Wypowiedzi odnosiły się także do wpływu leków nasennych i premedykacji na niwelowanie lęku przed znieczuleniem i operacją. Dotyczyły również obaw przed wybudzeniem się w trakcie operacji, jak też niewybudzeniem się z narkozy. Pytano również o obawy przed komplikacjami pooperacyjnymi i bólem po zabiegu. Zadawano pytania dotyczące lekarza anestezjologa, czasu poświęconego pacjentowi, zrozumieniu przekazanych przez lekarza informacji, jak też ich wpływu na redukcję lub nasilenie poziomu lęku. Pytania dotyczyły również roli pielęgniarki anestezjologicznej i wpływu panującej na bloku operacyjnym atmosfery na poziom lęku przed znieczuleniem i operacją. W drugiej części ankiety pytano respondentów także o:

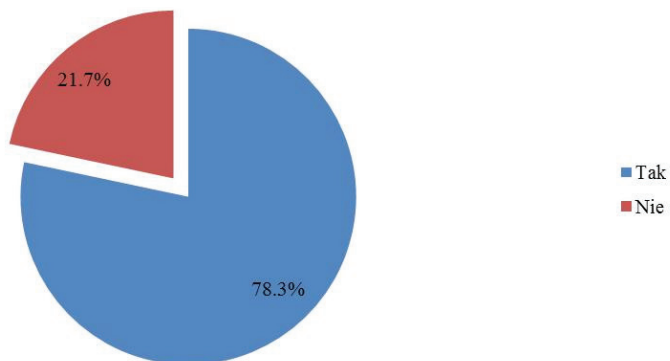
- nastawienie do życia: 1-optimistyczne, 2-pesymistyczne,
- kolejność przeprowadzonego zabiegu; pierwszy, kolejny,
- obszar operowany: jama brzuszna, zabieg ortopedyczny,
- tryb wykonywanego zabiegu: planowy, pilny,
- wsparcie ze strony kogoś bliskiego przed zabiegiem,
- rolę innych pacjentów w niwelowaniu lub nasilaniu lęku.

W badaniu wzięło udział 106 ankietowanych. 23,6% badanych było w wieku do 40 lat, 36,8% badanych w wieku od 41 do 55 lat oraz 39,6% w wieku powyżej 55 lat. Wśród respondentów 61,3% stanowiły kobiety, a 38,7% mężczyźni. Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 36,8% badanych, wykształcenie średnie lub policealne – 39,6% ankietowanych, pozostali (23,6%) legitymowali się wykształceniem wyższym. W mieście zamieszkiwało 55,7% badanych, natomiast na wsi 44,3% osób. W grupie badanej było 7,5% uczniów/studentów, 52,8% pracowało na stałe, 5,7% miało zatrudnienie okresowe lub sezonowe, 9,4% stanowili bezrobotni, zaś 24,5% badanych pobierało emeryturę lub rentę. Zabieg pilny miało 32,1% badanych, zaś planowany pozostałe 67,9%. Jamę brzuszną operowano u 64,2% badanych, zabiegi ortopedyczne przechodziło 35,8% badanych, 16% stanowiły osoby, które leczyły się z powodu depresji/nerwicy.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując pakiet statystyczny IBM SPSS Statistics. Z zestawionych wyników wyliczono wskaźniki procentowe. Do obliczenia zależności statystycznych wykorzystano tabele krzyżowe; zastosowano test nieparametryczny chi-kwadrat Pearsona. Otrzymane wyniki przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności  $p < 0,05$ .

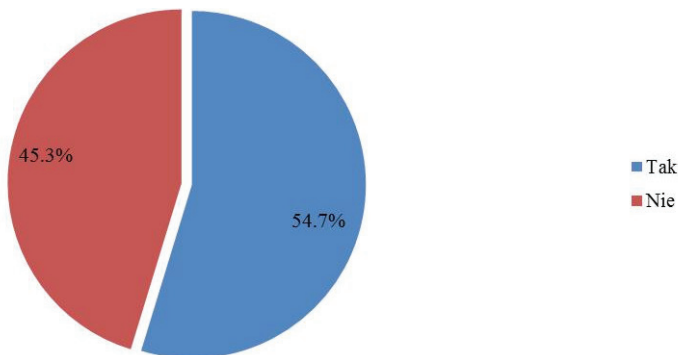
## WYNIKI I WNIOSKI

Większość badanych (78,3%) odczuwała lęk przed znieczuleniem ogólnym (wykres 1).



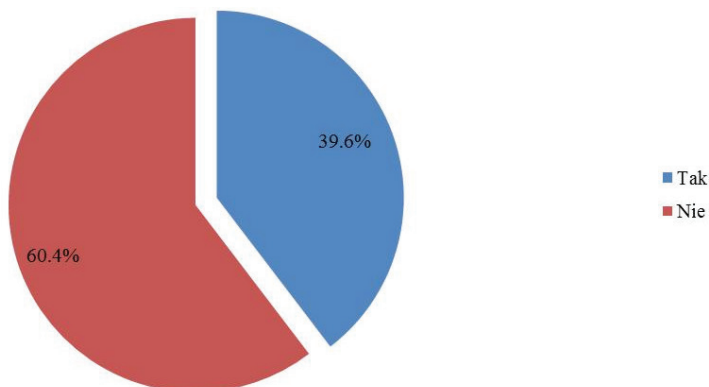
Wykres 1. Odczuwanie lęku przed znieczuleniem ogólnym. Źródło: badania własne.

Nieco ponad połowa badanych (54,7%) odczuwała obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji (wykres 2).



Wykres 2. Obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji. Źródło: badania własne.

Mniej niż połowa badanych (39,6%) odczuwała nasilenie lęku przed operacją pod wpływem doświadczeń innych pacjentów.



Wykres 3. Nasilenie lęku przed operacją pod wpływem doświadczeń innych pacjentów. Źródło: badania własne.



W grupie badanych w wieku do 40 lat 52% osób deklaroowało, że otrzymało informacje o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym. W grupie badanych w wieku od 41 do 55 lat 76,9% osób deklaroowało, że otrzymało takie informacje. W grupie badanych powyżej 55 lat odsetek ten wyniósł 78,6%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=6,283; p=0,043) [tabela 1].

Tabela 1. Wiek a uzyskanie informacji o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym

Analizowana zmienna			Czy poinformowano Pana/Panią o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym?		chi2 P
			Tak	Nie	
Wiek	do 40 lat	N %	13 52,0%	12 48,0%	6,283 df=2 p=0,043
	41-55 lat	N %	30 76,9%	9 23,1%	
	powyżej 55 lat	N %	33 78,6%	9 21,4%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny, 52,9% osób deklaroowało, że otrzymało informacje o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym, zaś w grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany odsetek ten wyniósł 80,6%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=8,679; p=0,003) [tabela 2].

Tabela 2. Rodzaj zabiegu a uzyskanie informacji o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym

Analizowana zmienna			Czy poinformowano Pana/Panią o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym?		chi2 P
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	18 52,9%	16 47,1%	8,679 df=1 p=0,003
	planowy	N %	58 80,6%	14 19,4%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny 47,1% osób deklaroowało, że otrzymało informacje o przebiegu znieczulenia ogólnego i możliwych powikłaniach. W grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany odsetek ten wyniósł 72,2%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=6,359; p=0,012) [tabela 3].

Tabela 3. Rodzaj zabiegu a uzyskanie informacji o przebiegu znieczulenia ogólnego i możliwych powikłaniach

Analizowana zmienna			Czy otrzymał Pan/ Pani informację na temat przebiegu znieczulenia ogólnego i możliwych powikłań tego znieczulenia?		chi2 p
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	16 47,1%	18 52,9%	6,359 df=1 p=0,012
	planowy	N %	52 72,2%	20 27,8%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet 70,8% osób deklaroowało, że otrzymało informacje od lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych, zaś w grupie mężczyzn takie informacje otrzymało 51,2% osób. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=4,132; p=0,042) [tabela 4].

Tabela 4. Płeć a uzyskanie informacji od lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych

Analizowana zmienna			Czy został Pan/ Pani poinformowany przez lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych?		chi2 p
			Tak	Nie	
Płeć	kobieta	N %	46 70,8%	19 29,2%	4,132 df=1 p=0,042
	mężczyzna	N %	21 51,2%	20 48,8%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny, 47,1% osób deklaroowało, że otrzymało informacje od lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych. W grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany, odsetek ten wyniósł 70,8%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=5,613; p=0,018) [tabela 5].

Tabela 5. Rodzaj zabiegu a uzyskanie informacji od lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych

Analizowana zmienna			Czy został Pan/ Pani poinformowany przez lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych?		chi2 p
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	16 47,1%	18 52,9%	5,613 df=1 p=0,018
	planowy	N %	51 70,8%	21 29,2%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny 61,8% osób deklarowało, że informacje na temat zabiegu i znieczulenia były przekazane w sposób zrozumiały. W grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany odsetek ten wyniósł 87,5%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie ( $\chi^2=9,300$ ;  $p=0,002$ ) [tabela 6].

Tabela 6. Rodzaj zabiegu a przekazanie informacji na temat zabiegu i znieczulenia w sposób zrozumiały

Analizowana zmienna			Czy informacje na temat zabiegu i znieczulenia przekazane zostały w zrozumiały sposób?		chi2 P
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	21 61,8%	13 38,2%	9,300 df=1 p=0,002
	planowy	N %	63 87,5%	9 12,5%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny, 29,4% osób deklarowało, że anestezjolog poświęcił im wystarczającą ilość czasu. W grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany, odsetek ten wyniósł 81,9%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie ( $\chi^2=28,050$ ;  $p<0,001$ ) [tabela 7].

Tabela 7. Rodzaj zabiegu a opinia na temat poświęcenia wystarczającej ilości czasu przez anestezjologa

Analizowana zmienna			Czy anestezjolog poświęcił Panu/Pani wystarczającą ilość czasu?		chi2 P
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	10 29,4%	24 70,6%	9,300 df=1 p=0,002
	planowy	N %	59 81,9%	13 18,1%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych, którzy mieli zabieg pilny, 38,2% osób deklarowało, że anestezjolog rozwiązał ich wątpliwości dotyczące znieczulenia ogólnego. W grupie badanych, którzy mieli zabieg planowany, odsetek ten wyniósł 66,7%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie ( $\chi^2=7,641$ ;  $p=0,006$ ) [tabela 8].

Tabela 8. Rodzaj zabiegu a uzyskanie od anestezjologa wyjaśnień dotyczących znieczulenia ogólnego

Analizowana zmienna			Czy rozmowa z anestezjologiem rozwiązała Pana/Pani wątpliwości dotyczące znieczulenia ogólnego?		chi2 P
			Tak	Nie	
Zabieg	pilny	N %	13 38,2%	21 61,8%	7,641 df=1 p=0,006
	planowy	N %	48 66,7%	24 33,3%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych w wieku do 40 lat 76% osób odczuwało obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji. W grupie badanych w wieku od 41 do 55 lat 56,4% osób odczuwało obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji. W grupie badanych powyżej 55 lat odsetek ten wyniósł 40,5%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=8,053; p=0,018) [tabela 9].

Tabela 9. Wiek a obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji

Analizowana zmienna			Czy obawiał się Pan/Pani, że obudzi się w trakcie operacji i będzie odczuwał ból?		chi2 p
			Tak	Nie	
Wiek	do 40 lat	N	19	6	8,053 df=2 p=0,018
		%	76,0%	24,0%	
	41-55 lat	N	22	17	
		%	56,4%	43,6%	
	powyżej 55 lat	N	17	25	
		%	40,5%	59,5%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet 46,2% osób odczuwało obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji, zaś w grupie mężczyzn obawy takie miało 68,3% osób. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=4,973; p=0,026) [tabela 10].

Tabela 10. Płeć a obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji

Analizowana zmienna			Czy obawiał się Pan/Pani, że obudzi się w trakcie operacji i będzie odczuwał ból?		chi2 p
			Tak	Nie	
Płeć	kobieta	N	30	35	4,973 df=1 p=0,026
		%	46,2%	53,8%	
	mężczyzna	N	28	13	
		%	68,3%	31,7%	

Źródło: badania własne.

W grupie badanych w wieku do 40 lat 8% osób otrzymało tabletkę nasenną w noc poprzedzającą zabieg, wśród osób w wieku od 41 do 55 lat było to 38,5%, natomiast w grupie badanych powyżej 55 lat odsetek ten wyniósł 26,2%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=7,274; p=0,026) [tabela 11].

Tabela 11. Wiek a otrzymanie tabletki nasennej w noc poprzedzającą zabieg

Analizowana zmienna			Czy otrzymał Pan/Pani tabletkę nasenną w noc poprzedzającą zabieg?		chi2 p
			Tak	Nie	
Wiek	do 40 lat	N %	2 8,0%	23 92,0%	7,274 df=2 p=0,026
	41-55 lat	N %	15 38,5%	24 61,5%	
	powyżej 55 lat	N %	11 26,2%	31 73,8%	

Źródło: badania własne.

Tabletkę nasenną w noc poprzedzającą zabieg otrzymało 35,4% kobiet uczestniczących w badaniu oraz 12,2% mężczyzn. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=6,956; p=0,008) [tabela 12].

Tabela 12. Płeć a otrzymanie tabletki nasennej w noc poprzedzającą zabieg

Analizowana zmienna			Czy otrzymał Pan/Pani tabletkę nasenną w noc poprzedzającą zabieg?		chi2 p
			Tak	Nie	
Płeć	kobieta	N %	23 35,4%	42 64,6%	6,956 df=2 p=0,008
	mężczyzna	N %	5 12,2%	36 87,8%	

Źródło: badania własne.

Wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym 64,1% osób uważało, że atmosfera na bloku operacyjnym miała wpływ na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa. W grupie ankietowanych z wykształceniem średnim lub policealnym 81% osób uważało, że atmosfera na bloku operacyjnym miała wpływ na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa. W grupie badanych z wykształceniem wyższym odsetek ten wyniósł 92%. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi-kwadrat=7,282; p=0,026) [tabela 13].

Tabela 13. Wykształcenie a opinia na temat tego, czy atmosfera na bloku operacyjnym miała wpływ na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa

Analizowana zmienna			Czy atmosfera na bloku operacyjnym miała wpływ na zwiększenie u Pana/Pani poczucia bezpieczeństwa?		chi2 p
			Tak	Nie	
Wykształcenie	podstawowe/ zawodowe	N	25	14	7,282 df=2 p=0,026
		%	64,1%	35,9%	
	średnie, policealne	N	34	8	
		%	81,0%	19,0%	
	wyższe	N	23	2	
%	92,0%	8,0%			

Źródło: badania własne.

## DYSKUSJA

Sam pobyt w szpitalu, a dodatkowo poddanie się operacji w znieczuleniu ogólnym to dla chorych źródło stresu. Wysoki jego poziom jest niekorzystny dla jakości życia, negatywnie może też wpływać na efekty leczenia<sup>34</sup>. Dodatkowo pacjentom często towarzyszą lęk i strach. Lęk jest pierwotnym stanem emocjonalnym występującym u każdego człowieka<sup>35</sup>. Jego pojawienie się podczas oczekiwania na zabieg operacyjny to naturalna reakcja na nową sytuację, jednak przed operacją nie jest czymś pożądanym<sup>36</sup>. Strach, będący silną emocją, spowodowany jest przez konkretny bodziec, lęk to reakcja emocjonalna wywołana czynnikiem potencjalnie negatywnym<sup>37</sup>. Poważna choroba i niepomyślne rokowania powodują silne obciążenie psychiki chorego. Intensywność lęku odczuwanego podczas leczenia chirurgicznego uzależniona jest także od rozległości zabiegu operacyjnego. Poza tym – na co zwracają uwagę Andruszkiewicz i wsp. – poziom lęku jest potęgowany negatywną oceną jakości opieki pielęgniarskiej<sup>38, 39</sup>. Liczne badania wykazują, iż na stopień lęku i obaw w okresie przedoperacyjnym ogromny wpływ ma przygotowanie chorego do operacji. Silny lęk negatywnie wpływa na postrzeganie, pamięć, uwagę oraz myślenie<sup>40</sup>. Jednakże w zależności od stopnia jego nasilenia i czasu trwania, oprócz działania destrukcyjnego może mieć działanie pozytywne. Ma to znaczenie przystosowawcze<sup>41</sup> – najlepszą adaptację wykazują osoby mające średni poziom lęku. Odczuwanie lęku wprowadza w stan wysokiego pobudzenia, pojawiają się znaczne napięcia czynności ośrodkowego układu nerwowego, układu wydzielania dokrewnego, układu mimowolnego oraz całego ustroju człowieka. W trakcie choroby występują trudne sytuacje, duże emocje, obawa przed śmiercią. Wszystko to przyczynia się do pobudzenia oraz przeżywania różnych stanów lękowych. Istotne jest, iż podczas odczucia lęku i silnych emocji w ustroju człowieka dochodzi do silnego wydzielania hormonów adrenaliny, określanej „hormonem królika”, i noradrenaliny określanej „hormonem lwa”<sup>42</sup>.

<sup>34</sup> Utrillas-Compaired A, De la Torre-Escuredo BJ, Tebar-Martinez AJ, Asuñsola-Del Barco A. Does preoperative psychologic distress influence pain, function, and quality of life after TKA.

<sup>35</sup> Augustynek A. Wstęp do psychologii. Wydawnictwo Difin. Warszawa 2009.

<sup>36</sup> Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2006.

<sup>37</sup> Katherall D.D. How fear differs from anxiety. *Traumatology* 2003;9:76.

<sup>38</sup> Romanik W., Kański A., Soluch P., Szymańska O. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest. Intens. Ter.* 2009; 41: 94–99.

<sup>39</sup> Andruszkiewicz A., Idczak H., Kocięcka A., Banaszekiewicz M., Marzec A. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęg. Pol.* 2005; 19: 46–48.

<sup>40</sup> Afonso A., Scurloc C., Reich D., Raikhelkar J., Hossain S., Bodian C. i wsp. Predictive model of postoperative delirium in cardiac surgical patients, *Semi Cardiothorac. Vasc. Anesth.* 2010;14: 212-217.

<sup>41</sup> Hofer MA. An evolutionary perspective on anxiety. In: Roose SP, Click RA, eds. *Anxiety as Symptom and Signal*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1995:17-38.

<sup>42</sup> Czajkowski Z. Lęklivość, lęk, obawa, strach i panika oraz odporność psychiczna zawodników. *IDO – Ruch dla Kultury* 2010, vol. 10, no. 1.

Warto zaznaczyć, iż pojęcia: lęk, obawa, trwoga, strach, niepokój są blisko związane. Jednak w literaturze przedmiotu próbuje się zróżnicować ich znaczenia. Karwowski strachem określił przykre, elementarne uczucie, które ma charakter wrodzony. U osób dorosłych to nic innego jak reakcja na sytuacje bezpośrednio zagrażające lub będące nagłymi zmianami powiązanych z trudną, szybką oceną. Reakcji tej towarzyszą liczne objawy fizjologiczne. Natomiast lękiem autor ten nazywa szczególny rodzaj strachu, występujący bez wyraźnych zewnętrznych zagrożeń oraz przyczyn. Zazwyczaj źródła tego stanu tkwią w nieświadomych nerwicowych konfliktach wewnętrznych. Bywa tak, iż osoby z wyraźnie zaznaczoną cechą lęku w trudnych sytuacjach odczuwają wysoki poziom lęku oraz nadmiernego pobudzenia. Dodatkowo u osób takich mogą wystąpić objawy psychiczne w postaci przerażenia i niskiej samooceny<sup>43</sup>.

Rozwój współczesnej chirurgii oraz współpraca przedstawicieli różnych jej dziedzin i specjalizacji wpływają na sukces leczenia operacyjnego i ograniczają występowanie różnego typu powikłań. Sam zabieg operacyjny jest jednak dla chorego procedurą przerażającą, dramatyczną, która ingeruje w jego dobrostan, przez co stanowi ogromne źródło strachu i lęku<sup>44</sup>. Lepsze poznanie uwarunkowań stresu, jakiego doświadcza pacjent trafiający do szpitala, wpłynąć może na przebieg okresu pooperacyjnego, eliminując niektóre problemy pojawiające się w tym czasie. Odczuwalny lęk przedoperacyjny warunkuje jednak przebieg całej procedury operacyjnej: rozpoczynając od przygotowania do operacji, znieczulenia, po wynik leczenia operacyjnego oraz pojawienie się bólu po zabiegu. Warto zaznaczyć, iż wzrost poziomu lęku przed operacją przyczynia się do silniejszego odczuwania bólu pooperacyjnego. Lęk potęgowany jest ponadto stresem, który towarzyszy człowiekowi od chwili przyjęcia do szpitala i podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym, co powoduje, iż chory obawia się, czy słusznie zrobił, decydując się na zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym<sup>45</sup>.

Hospitalizacja jest dla wielu pacjentów silnym przeżyciem emocjonalnym, a takie uczucia jak lęk, obawy czy strach oraz związany z nimi stres często towarzyszą chorym podczas pobytu w szpitalu. Bromboszcz wskazuje, że można wyodrębnić trzy zasadnicze fazy stresu wywołanego hospitalizacją. Po pierwsze związany jest z przyjęciem do szpitala oraz decyzją o wykonaniu operacji. Kolejna faza obejmuje zabieg znieczulenia oraz samą operację. Trzecią określa się mianem „pooperacyjnej”. Jak wskazuje Klichowski, sytuacja stresowa przed i po operacji może objawiać się depresją, złością, bólem. Pacjenci mogą odczuwać nadwrażliwość, a nawet wrogość w stosunku do otoczenia szpitalnego<sup>46</sup>.

<sup>43</sup> Rodrigues S.M.R, LeDoux J.E., Sapolsky R.M. The influence of stress hormones on fear circuitry. *Ann Rev Neurosci* 2009; 32:289-313.

<sup>44</sup> Rodrigues S.M.R, LeDoux J.E., Sapolsky R.M. The influence of stress hormones on fear circuitry. *Ann Rev Neurosci* 2009; 32:289-313.

<sup>45</sup> Ziębicka J., Gajdosz R, Brombosz A. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1/2006, s. 41-44.

<sup>46</sup> Klichowski L. Wszystko o lęku. Przyczyny i zapobieganie. Poznań 2000.

W badaniach przeprowadzonych przez Dolin, Cashman ponad 40% pacjentów zgłaszało silne dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej. Natomiast w badaniach Zisera i Murraya ponad 58% badanych określiło swój ból po zabiegu jako silny. Nieco inne wnioski i wyniki zostały zaprezentowane przez Corruble'a. Wykazał on, iż osoby cierpiące na depresję doświadczają objawów bólowych o niejasnej etiologii. W jego badaniach zarówno kobiety i mężczyźni ze zdiagnozowaną depresją obserwowali u siebie kilka objawów bólowych. Natomiast Silverstein w swoich badaniach potwierdził, iż objawy somatyczne w przebiegu depresji częściej występują u kobiet niż u mężczyzn<sup>47</sup>.

Potrzeba znieczulenia ogólnego pacjenta dodatkowo potęguje jego stres przed operacją. W związku z tym, że znieczulenie takie wiąże się z powikłaniami, konieczna jest zgoda pacjenta na jego wykonanie. Pacjent wyraża ją podpisem na specjalnej ankiecie anestetyczologicznej w obecności lekarza anestezjologa.

Celem niniejszych badań była próba określenia czynników, które mają istotny wpływ na obawy pacjentów przed planowanym znieczuleniem ogólnym. W badaniach własnych większość badanych (78,3%) odczuwała lęk przed znieczuleniem ogólnym. W badaniach Jałowieckiego i wsp. znieczulenia obawiało się nieco mniej, bo 61% respondentów (badaniami objęto 300 losowo wybranych chorych, znieczulanych do planowych operacji w trzech różnych pod względem rodzaju i wielkości szpitalach). Zbliżone wyniki odnajdujemy u innych badaczy. Warto podkreślić, że jest to znacznie więcej niż w podobnych badaniach przeprowadzonych w końcu lat osiemdziesiątych w Holandii, gdzie odsetek osób odczuwających lęk przed znieczuleniem wyniósł 34,1%<sup>48</sup>.

Wedle aktualnego piśmiennictwa jednym z istotnych aspektów niwelujących lęk podczas hospitalizacji jest właściwa komunikacja z pacjentem. Rozmowa anestezjologa z pacjentem i wyjaśnienie sposobu znieczulenia jest wstępem do premedykacji. W celu zmniejszenia lęku najczęściej ogranicza się do niezbędnego minimum dyskusję na temat ryzyka związanego ze znieczuleniem. W badaniach własnych wykazano, że większość badanych otrzymała informację na temat przebiegu znieczulenia i możliwych powikłań. Badani uważali, że anestezjolog poświęcił im wystarczającą ilość czasu, a rozmowa z nim rozwiała wątpliwości związane ze znieczuleniem. Jak wskazuje Jurkiewicz, na podstawie badań dotyczących oczekiwań i obaw pacjentów wobec zabiegów implantacji rozruszników serca i badania koronarograficznego, bardzo ważną rolę odgrywa prawidłowa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Odpowiednia ilość i jakość przekazywanych informacji zapobiega negatywnemu wpływowi emocji na zdrowie pacjenta<sup>49</sup>. Obserwacje te znajdują potwierdzenie również

<sup>47</sup> Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002 Jun; 159(6):1051-2.

<sup>48</sup> Jałowiecki P. i wsp. Ocena jakości postępowania anestetyczologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. *Anest Inten Terap* 2001; 33: 141-147.

<sup>49</sup> Jurkiewicz A. Oczekiwania i obawy pacjentów wobec zabiegów implantacji rozruszników serca i badania koronarograficznego. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013: 49-61.



w badaniach zagranicznych. Leigh, Walker, Janaganathan donoszą, że poziom lęku u pacjentów, którzy otrzymali informacje i wsparcie przed znieczuleniem od członka personelu szpitalnego, był znacznie niższy niż w grupie kontrolnej, której nie udzielono takiego wsparcia. Poziom lęku był również niższy u pacjentów, którzy czytali broszurę informacyjną przygotowującą do znieczulenia. Także w badaniach Jałowickiego w większości przypadków anestezjolog poświęcił na badanie odpowiednią ilość czasu oraz wyjaśnił wątpliwości związane ze znieczuleniem. Zbieżne z wynikami badań własnych są także pozostałe dane, które podaje autor - niewiele ponad 50% badanych uznało, że anestezjolog powiedział im o najczęstszych powikłaniach anestezji. W badaniach własnych również ponad połowa badanych (63,2%) była poinformowana przez lekarza o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych. Co ciekawe, wielu anestezjologów wskazuje, że pacjenci wydają się być bardziej zainteresowani pooperacyjnymi wyznacznikami zdrowia, np. możliwością spożywania posiłków po zabiegu, picia wody, niż słuchaniem o powikłaniach anestezji i operacji. Wniośki takie wysuwa m.in. Cashman<sup>50</sup>.

Warto jednak zwrócić uwagę na badania Kleinork i wsp. Autorzy donoszą, że pacjenci, którzy nie mieli wystarczającej wiedzy na temat przeprowadzanego zabiegu, nie mieli potrzeby jej uzupełnienia, a ci, którzy uznali wiedzę za wystarczającą, oczekiwali jej poszerzenia. Problem ten nie jest zatem jednoznacznie opisywany w literaturze. Miller i Mangan również wskazują, że podawanie obszernych informacji dotyczących znieczulenia nie zmniejszyło typowych objawów pobudzenia związanych ze stresem przedoperacyjnym takich jak: niepokój, napięcie, wrogie nastawienie, płacz, zaciskanie dłoni czy tachykardia. Pacjentki lepiej znosiły stres, gdy ilość dostarczonych informacji korelowała z ich oczekiwaniami<sup>51</sup>.

Eksperyment S. Miller i Ch. Mangan z 1983 roku miał pokazać skutki psychologiczne sposobu udzielania informacji medycznych pacjentom o różnych stylach radzenia sobie z takimi wiadomościami. Eksperyment polegał na tym, że 40 pacjentek ginekologicznych oczekujących na nieprzyjemną procedurę diagnostyczną podzielono na dwie grupy: skłonne do poszukiwania informacji i skłonne do ich unikania. W każdej z tych grup połowie pacjentek dostarczono obszernych, a pozostałej połowie skąpych wiadomości na temat mającego nastąpić badania. Niechwiadowicz-Czapka wskazuje, że otrzymanie niezbędnych informacji zazwyczaj wpływa uspokajająco na pacjenta. Duże znaczenie ma jednak rodzaj zabiegu i jego rozległość. Porównanie reakcji chorych poddawanych rozległym i drobnym zabiegom wykazało, że otrzymywane informacje powodowały obniżenie lęku u pacjentów przygotowywanych do operacji o małej rozległości. Nato-

<sup>50</sup> Cashmann J.N. Preoperative assessment. BMJ Books 2001: 7-21.

<sup>51</sup> Kleinork A., Dudek J., Kudyk T. i in. Wiedza i oczekiwania pacjentów poddawanych zabiegom plastyki naczyń wieńcowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, 2005, Vol.LX, Suppl. XVI: 88-92.

miast dokładne i pełne informowanie chorych przed rozległymi zabiegami zwiększało lęk<sup>52</sup>.

W badaniach własnych wykazano, że atmosfera na bloku operacyjnym oraz troskliwość i kultura pielęgniarki mają wpływ na niwelowanie lęku przed znieczuleniem. Także w badaniach Jałowieckiego zdecydowana większość chorych oceniła pozytywnie przedoperacyjną wizytę anestezjologiczną.

Istotna w kontekście znieczulenia wydaje się rola pielęgniarek. Jak wskazuje Goniak pielęgniarki anestezjologiczne powinny posiadać wysokospecjalistyczną wiedzę i umiejętności, jak również określone cechy charakteru umożliwiające dobry kontakt zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną. Goniak wskazuje na takie cechy jak cierpliwość, łagodność, podzielność uwagi, umiejętność wnikliwej obserwacji, szybkość podejmowania decyzji, znajomość psychiki dziecka (autorka odnosi swoje wnioski do dzieci przebywających na bloku operacyjnym, ale wskazane cechy wydają się na tyle uniwersalne, by przypisać je także pielęgniarkom anestezjologicznym)<sup>53</sup>. Niechwiadowicz-Czapka wskazuje, że do zadań pielęgniarki należy nie tylko zaspokajanie potrzeb pacjenta, ale też stwarzanie odpowiedniej atmosfery. Okazuje się bowiem, że tworzenie atmosfery bezpieczeństwa jest jej ważnym zadaniem, ponieważ wpływa na emocje pacjenta i jego zachowanie, co potwierdzają również wyniki badań własnych<sup>54</sup>. Jurkiewicz wskazuje, że w celu eliminacji niepotrzebnego stresu u pacjentów w okresie hospitalizacji, bardzo ważna jest prawidłowa edukacja przedoperacyjna i pooperacyjna prowadzona przez pielęgniarki, lekarzy oraz psychologa.

Wyniki badań własnych pokazały, iż większość pacjentów odczuwała lęk przed znieczuleniem ogólnym. Badani w największym stopniu obawiali się, że obudzą się w trakcie operacji i będą czuli ból. Niewiele mniej niż połowa badanych odczuwała nasilenie lęku przed operacją pod wpływem doświadczeń innych pacjentów. Wykazano, że największy wpływ na lęk przed znieczuleniem miał rodzaj zabiegu i wiek badanych. Większe obawy odczuwali badani w młodszym wieku oraz mający zabieg w trybie pilnym. Wyniki te potwierdzają również inni badacze. Dowodzi się, że lęk związany ze znieczuleniem jest wyższy u ludzi młodych. Jeśli chodzi o lęk oczekiwania wskazuje się, że jest on najwyższy u młodych kobiet, a lęk sytuacyjny, czyli ten odczuwany w dniu operacji, jest największy u młodych mężczyzn. Warto jednak podkreślić, że według aktualnie dostępnych badań różnice między kobietami a mężczyznami odnoszą się raczej do ekspresji obaw i lęku niż do rzeczywistego lęku. W przypadku zabiegu ze wskazań nagłych występuje wyższy poziom lęku sytuacyjnego. Nie wykazuje się związku między lękiem przed operacją i znieczuleniem a wykształceniem oraz wykonywanym zawodem.

<sup>52</sup> Niechwiadowicz-Czapka T. The role and responsibilities of nurses in mental preparation of the patient for a surgery. *Puls Uczelni* 2014, 8, 2: 36-44.

<sup>53</sup> Goniak J. Dziecko na bloku operacyjnym, rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Sztuka Pielęgniownia* 2012, 1(1): 12-16.

<sup>54</sup> Niechwiadowicz-Czapka T. *op.cit.*

Autorzy wskazują również, że przy znieczuleniu podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym obserwowano mniejszą reakcję emocjonalną, a co za tym idzie niższy poziom lęku. W mniejszym stopniu pacjenci obawiali się komplikacji czy niewybudzenia się po operacji. Zbieżne są wyniki innych autorów, np. Jałowickiego i wsp., którzy wskazują, że zwykle największą obawą związaną ze znieczuleniem ogólnym jest obawa przed nieobudzeniem się po operacji; w dalszej kolejności autorzy wymieniają niebezpieczeństwo przebudzenia się w trakcie zabiegu, lęk przed odczuwaniem bólu, wystąpienie nudności i wymiotów, ryzyko porażeń, wreszcie niezdefiniowany strach przed nieznanym. Natomiast praktycznie nigdy ankietowani nie żywią obaw co do kwalifikacji znieczulającego ich anestezjologa. W badaniach tego autora 75% chorych po zabiegu operacyjnym wyraziło zadowolenie z wizyty lekarza anestezjologa, gdyż zalecona została im terapia przeciwbólowa.

Ziębicka i Gajdosz słusznie zauważają, że można rozróżnić dwa rodzaje przygotowania do znieczulenia i operacji: przygotowanie informacyjne i przygotowanie farmakologiczne<sup>55</sup>.

Badania prowadzone przez Łepecką-Klusek i wsp. (2009) na temat obaw pacjentek występujących przed zabiegiem operacyjnym wykazały, iż najczęściej jest to lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej, przed bólem, powikłaniami pooperacyjnymi, utratą płodności i kobiecości<sup>56</sup>. Zakres i rodzaj przekazanych przez pielęgniarki informacji oraz udzielanego przez nie wsparcia zależą od aktualnych potrzeb kobiet, wpływają też na poziom zadowolenia pacjentek z opieki. Glińska, Hebda i Dziki w swoich pracach podkreślają istotę właściwego oraz profesjonalnego przygotowania pacjentów do zabiegów operacyjnych i okresu pooperacyjnego, ponieważ ma to wpływ na późniejszą ocenę jakości życia. Zdaniem tych autorów jednym z ważniejszych czynników wpływających na jakość życia jest efektywność wspierania<sup>57</sup>. Oceną jakości działań pielęgniarskich z perspektywy pacjentki zazwyczaj decyduje o późniejszej ocenie samej jakości życia.

Dodatkowo, oprócz problemów leżących po stronie fizycznej, u chorych mogą wystąpić różne reakcje psychiczne i zachowania związane z aktualnym stanem chorobowym oraz posiadaną wiedzą na temat własnego stanu zdrowia i dalszego życia. Znaczenie ma tu sprawowana opieka medyczna. Dużą wagę przywiązuje się zatem do rozpoznania przez personel medyczny, w tym w szczególności przez pielęgniarki, możliwości funkcjonowania społecznego, fizycznego oraz emocjonalnego pacjentów w kontekście specyficznych problemów związanych z chorobą i procesem leczenia. Jest to istotne, gdyż rozpoznane prawidłowo problemy pie-

<sup>55</sup> Ziębicka J., Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2006, 1: 41-44.

<sup>56</sup> Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A. B., Syty K., Tkaczuk-Włach J., Szmigielska A., Jakiel G. Oczekiwanie na planowaną operację ginekologiczną w ocenie kobiet. *Ginekologia Polska* 2009; 80, s. 699-703.

<sup>57</sup> Glińska J., Hebda A, Dziki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Protokół* 2005, 6 (3), s. 232-242.

lęgnacyjne, a następnie wdrożone odpowiednie procedury postępowania mogą znacząco wpłynąć na dalszy proces leczenia i stan funkcjonalny chorego.

Wsparcie ze strony pielęgniarki pozwala na wytworzenie atmosfery gwarantującej dobre samopoczucie chorego z pomyślną prognozą na przyszłość. To właśnie pielęgniarka jest kreatorem środowiska opieki, edukuje pacjenta oraz jego rodzinę w sprawach zdrowia i choroby, dostarcza ważnych i niezbędnych informacji, zapewnia bezpieczeństwo psychiczne. To ona poświęca choremu dużo uwagi i czasu, wyjaśniając jednocześnie niektóre niezrozumiałe kwestie. Zaraz po zabiegu przeprowadza kontrolę parametrów życiowych w odstępach 15-30 min., minimalizuje ból pooperacyjny, prowadzi profilaktykę przeciwozbrzękową i przeciwzakrzepową. Realizuje cele kompleksowej opieki, działając na sferę psychiczną, fizyczną i emocjonalną poprzez częste rozmowy i okazywanie empatii<sup>58</sup>.

Niezmiernie istotnym elementem całego procesu leczenia jest stworzenie i utrzymanie klimatu zaufania. Fundamentalne znaczenie ma wyjaśnianie pacjentowi w sposób obszerny i zrozumiały celów, konsekwencji i możliwości leczenia operacyjnego. W przypadku zastosowania jakiegokolwiek presji na pacjenta można utracić dotychczasowe zaufanie. Czynnikiem zakłócającym relację pacjent-pielęgniarka/lekarz są bariery w komunikacji, wynikające z różnych doświadczeń osobistych czy różnic ideologicznych. Jednak najtrudniejsze jest aktywne słuchanie. Brak tej umiejętności może sprzyjać powstawaniu lęku, zaburzeń koncentracji, rodzeniu się zazdrości, zakłopotania<sup>59</sup>. Na skutek niewłaściwej interpretacji wypowiedzi dość często po stronie pacjentów pojawia się brak zaufania i podejrzliwość. Najczęstszą jednak barierą w relacji pielęgniarka – pacjent jest brak poczucia satysfakcji z kontaktu z personelem medycznym. Pacjent przede wszystkim oczekuje od pielęgniarki i lekarza zrozumienia jego niepokojów, a lekarz i pielęgniarka zaangażowania pacjenta w proces leczniczy i stosowania się do zaleceń w celu osiągnięcia zaplanowanego celu leczniczego<sup>60</sup>. Właściwa realizacja zadań przez pielęgniarkę sprzyja postrzeganiu jej jako osoby, na którą można liczyć, która buduje poczucie siły i bezpieczeństwa u pacjentów, osoby, od której otrzymuje się wsparcie w czasie walki z chorobą, toczącą się często przez wiele lat.

Odpowiednia premedykacja farmakologiczna ma istotne znaczenie dla przebiegu okresu okołoperacyjnego, jednak nie można lekceważyć skuteczności wizyty anestezyjologicznej i przygotowania informacyjnego w łagodzeniu przedoperacyjnego niepokoju chorych oczekujących na znieczulenie. Na podstawie badań

<sup>58</sup> Kopytek E., Puchalski Z., Szwarc-Woźniak J. Pielęgowanie pacjentki po mastektomii. W: Borsiewicz A., Łodzińska J., Pawłowski M., Ponichtera P., Zabielska P. Świadomość kobiet na temat nowotworów w ginekologii. Zeszyty Naukowe 2013, nr 54. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2013, s. 42.

<sup>59</sup> Górna K., Jaracz. Bariery w komunikowaniu się z pacjentem zaburzeniami psychicznymi. W: Baron U., Bielan Z., Cierpiałkowska L. Pielęgniactwo psychiatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012, s. 157-162.

<sup>60</sup> Rynkiewicz M., Czernicki J. Problemy psychospołeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2010, 2: 233-236.

własnych i innych autorów można stwierdzić, że właściwa edukacja pacjenta, udzielone mu wsparcie emocjonalne i informacyjne oraz efektywna komunikacja mogą zniwelować lęk przed znieczuleniem ogólnym. Jednak najbardziej pacjenci obawiają się odczuwania bólu. Kołodziej i Kerpel nie stwierdzili w swoich badaniach zależności pomiędzy wiekiem pacjenta a stopniem natężenia odczuwalnego bólu. Uzyskali wyniki świadczące o satysfakcji badanych pacjentów z poziomu informowania na temat występowania i leczenia bólu pooperacyjnego<sup>61</sup>.

Niezmiernie ważna jest także informacja o samym zabiegu operacyjnym oraz atmosfera panująca na oddziale szpitalnym. Badania prowadzone przez Jurczak i Kiryk dowiodły zadowolenia pacjentów z warunków, jakie istniały po zabiegu operacyjnym. Również atmosfera panująca na oddziale wpłynęła na lepszą ocenę postępowania medycznego<sup>62</sup>. Także Jaracz i wsp. oraz Bączyk i wsp. uzyskali dane świadczące o zadowoleniu badanych pacjentów z warunków szpitalnych podczas hospitalizacji<sup>63</sup>. Od personelu pielęgniarskiego pacjenci oczekują informacji dotyczących stosowanych procedur. Badania przeprowadzone przez Dygę-Konarską wykazały, iż 83% pacjentów uzyskało niezbędne informacje na temat konieczności wykonania badań i sposobu zachowania się podczas badań, a 84% badanych uzyskało informacje na temat zachowania się po zabiegu operacyjnym<sup>64</sup>.

Negatywne emocje, jakie są związane z koniecznością przeprowadzenia operacji, przyczynić się mogą do potęgowania bólu, w szczególności, jeżeli osoba leczona nie akceptuje metod oraz sposobu prowadzenia leczenia, a dodatkowo nie odczuwa wsparcia ze strony personelu medycznego. Poprawnie prowadzony proces pielęgnowania wraz z leczeniem muszą być poprzedzone właściwym przygotowaniem pacjenta. Powinien być poinformowany o możliwościach i skutkach postępowania medycznego. Z informacji, jaką pacjent uzyska, powinno wynikać, iż łatwiej jest zapobiegać bólowi niż zwalczać już istniejący. Przyczynia się to do zmniejszenia obaw i lęków w całym procesie leczenia.

Aktualnie trwają dyskusje dotyczące zakresu informacji przekazywanych choremu na temat znieczulania, planowego zabiegu i związanych z tym powikłań. Wizyta anestezjologiczna przed zabiegiem ma na celu uspokojenie chorego. Wyjaśnienie powikłań związanych ze znieczuleniem może zwiększyć poczucie bezpieczeństwa. Warto zaznaczyć, iż dobre przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu operacyjnego i znieczulenia ogólnego nie tylko poprawia przebieg okresu

<sup>61</sup> Kołodziej W., Kerpel F. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (3): 231-236.

<sup>62</sup> Jurczak A., Kiryk A., Kotwas A., Pawlik J., Celewicz A., Szkup M., Grochans E. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2015;17(2):107-110.

<sup>63</sup> Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1(19).

<sup>64</sup> Dya-Konarska M. Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne* 2004;1: 599-604.

pooperacyjnego, lecz również wzmacnia satysfakcję z otrzymanej opieki w szpitalu, podnosząc tym samym ocenę działań personelu medycznego. Kluczową rolę pełni w okresie okołoperacyjnym pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad chorym. Nie tylko przygotowuje pacjenta do znieczulenia i zabiegu, ale poprzez odpowiednie oddziaływania przyczynia się do zmniejszenia poziomu lęku. Mają one znaczenie szczególne, gdyż wystąpienie problemów w okresie pooperacyjnym u pacjentów wywołuje niechciany przez personel medyczny stres. W sytuacji, gdy zaburzone zostaje poczucie bezpieczeństwa i obniżeniu ulega sprawność ogólna, wymagana jest wzmożona uwaga i opieka pielęgniarska. Powoła to na zwiększenie bezpieczeństwa samego zabiegu operacyjnego, ale ważne jest także po zabiegu, bowiem podstawową zasadą leczenia bólu pooperacyjnego jest zapewnienie choremu subiektywnego uczucia komfortu, dzięki któremu możliwy będzie szybszy powrót do zdrowia, a przede wszystkim zwiększony poziom satysfakcji z zastosowanego leczenia<sup>65</sup>. Ból zwykle pojawia się z momentem uszkodzenia tkanek lub jako ostrzeżenie przed podobnymi zaburzeniami. Jest on jednocześnie jednym z najczęściej stwierdzanych objawów w trakcie badania podmiotowego i przedmiotowego, z zarazem pozwala on na uzyskanie niezbędnych informacji o procesie chorobowym, jaki toczy się w organizmie. Jest on również biologiczną reakcją, pozwalającą odróżnić chorych od zdrowych. Ból wpływa na pogorszenie stanu ogólnego pacjenta, powoduje wydłużenie pobytu w szpitalu oraz zwiększa liczbę powikłań. Jest on odbierany przez każdego człowieka indywidualnie, zaś ból pooperacyjny to najczęstszy spotykany ból po zabiegu chirurgicznym. Ból pooperacyjny największe natężenie ma w pierwszej i drugiej dobie po zabiegu, a znacznie mniejszy jest w dobie trzeciej czy czwartej. Na zasięg i odbiór bólu wpływ ma również rozległość operacji, stan zdrowia, kierunek cięcia skórniego stopień uszkodzenia tkanek, czy też środowiskowe i osobowościowe uwarunkowania<sup>66</sup>.

## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość badanych odczuwała lęk przed znieczuleniem ogólnym.
2. Ponad połowa badanych w największym stopniu obawiała się obudzenia w trakcie zabiegu operacyjnego i odczuwania bólu.
3. Mniej niż połowa badanych odczuwała nasilenie lęku pod wpływem rozmów z innymi pacjentami będącymi już po zabiegu operacyjnym w znieczuleniu ogólnym.

<sup>65</sup> Dahl JB, Moiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med Bull* (2004) 71 (1), s. 13-27.

<sup>66</sup> Załęcka E., Puchalski Z., Szymczuk J., Ból – przyjaciel czy wróg w chirurgii. *Zeszyty Naukowe*, nr 40. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2009:121-142.

Stwierdzono istotne statystycznie zależności:

1. **Wiek** a uzyskanie informacji o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym – zadowoleni pod tym względem byli najstarsi wiekowo respondenci.

Wiek a obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji – najczęściej takie obawy wykazywali najmłodsi respondenci.

Wiek a otrzymanie tabletki nasennej w noc poprzedzającą zabieg – najczęściej tabletki otrzymywali respondenci w wieku 41-55 lat.

2. **Płeć** a uzyskanie od lekarza informacji o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych – częściej zadowolone były kobiety niż mężczyźni.

Płeć a obawy przed obudzeniem się w trakcie operacji – częściej takie obawy wykazywali mężczyźni.

Płeć a otrzymanie tabletki nasennej w noc poprzedzającą zabieg – częściej tabletki otrzymywali mężczyźni.

3. **Wykształcenie** a opinia na temat tego, czy atmosfera na bloku operacyjnym miała wpływ na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa – im wyższe wykształcenie respondentów, tym większe wymagania co do jakości atmosfery.

4. **Rodzaj zabiegu** a uzyskanie od lekarza informacji o rodzaju procedur, jakie będą zastosowane przed znieczuleniem ogólnym – respondenci otrzymywali je częściej w przypadku planowanego zabiegu.

Rodzaj zabiegu a uzyskanie informacji o przebiegu znieczulenia ogólnego i możliwych powikłaniach – respondenci otrzymywali je częściej w przypadku planowanego zabiegu.

Rodzaj zabiegu a uzyskanie informacji o planowanym przebiegu zabiegu i możliwych powikłaniach pooperacyjnych – respondenci otrzymywali właściwe informacje częściej w przypadku planowanego zabiegu.

Rodzaj zabiegu a przekazanie informacji na temat zabiegu i znieczulenia w sposób zrozumiały – respondenci otrzymywali je częściej w przypadku planowanego zabiegu.

Rodzaj zabiegu a opinia na temat poświęcenia wystarczającej ilości czasu przez anestezjologa – lepsze opinie formułowali pacjenci przechodzący zabieg planowany.

Rodzaj zabiegu a rozwianie przez anestezjologa wątpliwości dotyczących znieczulenia ogólnego – częściej stosowne wyjaśnienia otrzymywali respondenci przed zabiegiem planowanym.

## PODSUMOWANIE

Efektywne leczenie bólu uznane zostało za podstawowe prawo pacjenta. W związku z tym od pielęgniarek wymaga się kompleksowych umiejętności oraz aktywnego podejścia do problematyki bólu. Ze wszystkich osób zajmujących się profesjonalnie ochroną zdrowia to właśnie one spędzają najwięcej czasu z pacjen-

tami i z tego względu muszą być kompetentne w leczeniu ból. Odpowiedzialność za proces leczenia bólu pooperacyjnego w dużej mierze spoczywa na pielęgniarkach i obejmuje specjalistyczną opiekę w okresie okołoperacyjnym. Sama problematyka bólu pooperacyjnego jest stale poznawana i pogłębiana. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że leczenie bólu pooperacyjnego przynosi korzyści zarówno pacjentowi, jak i samemu szpitalowi. Poza właściwym postępowaniem farmakologicznym, szczególną wagę przywiązuje się do zapewnienia choremu komfortu, snu i wypoczynku, budowania atmosfery zaufania do personelu. Stworzenie pacjentowi najlepszych warunków w procesie zdrowienia jest głównym celem leczenia, gdyż zapobiega wystąpieniu wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych. Duże znaczenie przypisuje się podejmowaniu skutecznych działań przeciwbólowych, procedurom postępowania przed- i pooperacyjnego.

## PIŚMIENICTWO

1. Afonso A., Scurloc C., Reich D., Raikhelkar J., Hossain S., Bodian C. i wsp. Predictive model of postoperative delirium in cardiac surgical patients, *Semi Cardiothorac. Vasc. Anesth.* 2010;14: 212-217.
2. Andruszkiewicz A., Idczak H., Kocięcka A., Banaszkiewicz M., Marzec A. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęg. Pol.* 2005; 19: 46-48.
3. Augustynek A. Wstęp do psychologii. Wydawnictwo Difin. Warszawa 2009.
4. Cashmann J.N. Preoperative assessment. *BMJ Books* 2001:7-21.
5. Czajkowski Z. Lęklivość, lęk, obawa, strach i panika oraz odporność psychiczna zawodników. *IDO – Ruch dla Kultury* 2010, vol. 10, no. 1.
6. Daczyńska-Herman A., Herman Z. Leki stosowane w anestezjologii. W: Kamiński B., Kubler A. *Anestezjologia i intensywna terapia*. PZWL. Warszawa 2002.
7. Dahl JB, Møiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med Bull* (2004) 71 (1), s. 13-27.
8. Dyga-Konarska M. Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne* 2004;1: 599-604.
9. Gaszyński W., Machała W. Znieczulenie ogólne. W: Wołowicka L., Dyk D. (red.). *Anestezjologia i intensywna opieka*. Klinika i pielęgniarstwo. PZWL. Warszawa 2007.
10. Glińska J., Hebda A., Dziki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Protokół* 2005, 6 (3), s. 232-242.
11. Goniak J. Dziecko na bloku operacyjnym, rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Sztuka Pielęgowania* 2012, 1(1): 12-16.
12. Górna K., Jaracz. Bariery w komunikowaniu się z pacjentem zaburzeniami psychicznymi. W: Baron U., Bielan Z., Cierpiałkowska L. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012, s. 157-162.



13. Heszen-Klemens I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J. (red.) *Psychologia*. GPW. Gdańsk 2000.
14. Hirt R., Bubser H. *Podręcznik anestezjologii dla pielęgniarek*. PZWL. Warszawa 1994.
15. Hofer MA. An evolutionary perspective on anxiety. In: Roose SP, Click RA, eds. *Anxiety as Symptom and Signal*. Hillsdale, NJ: Analytic Press 1995:17-38.
16. Jałowiecki P. i wsp. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. *Anest Inten Terap* 2001; 33: 141-147.
17. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005, 1(19).
18. Jurczak A., Kiryk A., Kotwas A., Pawlik J, Celewicz A., Szkup M., Grochans E. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2015;17(2):107-110.
19. Jurkiewicz A. Oczekiwania i obawy pacjentów wobec zabiegów implantacji rozruszników serca i badania koronarograficznego. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013: 49-61.
20. Kapala W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2006.
21. Katherall D.D. How fear differs from anxiety. *Traumatology* 2003;9,76
22. Kleinork A., Dudek J., Kudyk T. i in. Wiedza i oczekiwania pacjentów poddawanych zabiegom plastyki naczyń wieńcowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* 2005, Vol. LX, Suppl. XVI: 88-92.
23. Klichowski L. *Wszystko o lęku. Przyczyny i zapobieganie*. Poznań 2000.
24. Kołodziej W., Karpel F. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka - doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (3): 231-236
25. Kopytek E., Puchalski Z., Szwarc-Woźniak J. Pielęgowanie pacjentki po mastektomii. W: Borusiewicz A., Łodzińska J., Pawłowski M., Ponichtera P., Zabielska P. Świadomość kobiet na temat nowotworów w ginekologii. *Zeszyty Naukowe*, nr 54. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2013, s. 42.
26. Kruszyński I. Znieczulenie ogólne. Zatorowość płucna. PZWL. Warszawa 2007: 13.
27. Kruszyński Z. *Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2010.
28. Larsen R. *Anestezjologia*. Wydawnictwo Urb&Partner. Wrocław 2003.
29. Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A. B., Syty K., Tkaczuk-Włach J., Szmiągelska A., Jakiel G. Oczekiwanie na planowaną operację ginekologiczną w ocenie kobiet. *Ginekologia Polska* 2009; 80, s. 699-703.
30. Mayzner E., Rawicz M. *Zarys anestezjologii i intensywnej terapii*. Akademia Medyczna w Warszawie. Warszawa 2004.

31. Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S. Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 332-338.
32. Niechwiadowicz-Czapka T. The role and responsibilities of nurses in mental preparation of the patient for a surgery. *Puls Uczelni* 2014, 8, 2: 36-44.
33. Pilewska A., Jakiel G. Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet. *Prz. Menopauz.* 2005; 5: 37-41.
34. Rodrigues S.M.R, LeDoux J.E., Sapolsky R.M. The influence of stress hormones on fear circuitry. *Ann Rev Neurosci* 2009; 32:289-313.
35. Romanik W., Kański A., Soluch P., Szymańska O. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest. Intens. Ter.* 2009; 41: 94-99.
36. Rynkiewicz M., Czernicki J. Problemy psychospołeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów* 2010, 2: 233-236.
37. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry.* 2002 Jun;159(6):1051-2.
38. Śniecikowska B. Czynniki generujące poziom lęku w okresie okołoperacyjnym u pacjentek zakwalifikowanych do operacji w obrębie gruczołu tarczowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21 (2): 228-234.
39. Utrillas-Compained A, De la Torre-Escuredo BJ, Tebar-Marti´nez AJ, Asu´nsolo-Del Barco A. Does preoperative psychologic distress influence pain, function, and quality of life after TKA.
40. Weinert M., Kubler A. (red) *Anestezjologia.* Wydawnictwo Urbn&Partner. Wrocław 2007.
41. Wołowicka L., Dyk D. *Anestezjologia i intensywna opieka. Podręcznik dla studentów medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008.
42. Wujtewicz M., Kruszyński Z. *Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii.* Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2010.
43. Wujtewicz M., Kwiecińska B. *Anestezjologia dla studentów.* Akademia Medyczna w Gdańsku. Gdańsk 2005.
44. Załęcka E., Puchalski Z., Szymczuk J. Ból – przyjaciel czy wróg w chirurgii W: *Zeszyty Naukowe nr 40.* Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2009:121-142.
45. Ziębicka J., Gajdosz R, Brombosz A.. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1/2006, s. 41-44.

## Analysis of patients' fear of the planned general anaesthesia

Urszula Anna Rusiecka<sup>1</sup>, Lech Panasiuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Stress has always accompanied man, it is experienced in moments threatening life and health, especially at the time of occurrence of disability or contracting a somatic disease. Better recognition of the conditioning of stress experienced by a patient who is admitted to hospital may exert an effect on the course of postoperative period, eliminating some problems which occur during this time.

**Objective.** The objective of the study was analysis of the level of patients' fear of general anaesthesia before surgical procedure. In own study, the method of a diagnostic survey was applied using a questionnaire technique.

**Materials and Method.** The study was conducted during the period from June – October 2017 among patients who were receiving treatment and hospitalized in the General and Trauma-Orthopaedic Surgery, and Gynaecology and Obstetrics Ward at the Independent Public Health Care Centre in Hrubieszów.

**Results and Conclusions.** In own study, the majority of patients experienced fear of general anaesthesia. The respondents to the greatest degree feared that they would wake up during surgery and would feel pain. To a lesser extent they feared complications or not waking up after the surgery. Less than a half of the respondents experienced intensification of fear under the effect of conversations with patients who had already undergone surgical procedure under general anaesthesia. Younger patients and those in whom the surgery was performed in an emergency mode experienced greater fears. The respondents expressed the belief that the atmosphere in the operating theatre, and attentiveness and culture of the anaesthetic nurse had an effect on the elimination of fear of general anaesthesia. Proper patient education, the provision of emotional and information support, as well as effective communication may decrease anxiety and reduce the fear of general anaesthesia.

► **Keywords:** patients' fear, anaesthesia, planned procedures, general anaesthesia.

# Nasilenie lęku i zapotrzebowanie na wsparcie wśród matek hospitalizowanych dzieci

Beata Joanna Gietka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Choroba i hospitalizacja dziecka jest źródłem stresu, lęku i niepokoju dla najbliższej rodziny, powoduje bowiem zachwianie równowagi i harmonii życia rodzinnego. Główny ciężar opieki nad chorym dzieckiem spada zwykle na matkę. Jej kondycja psychiczna, rodzinne relacje oraz wzajemne wsparcie mają ogromny wpływ na stan dziecka i jego powrót do zdrowia.

**Cel.** Celem pracy była próba oceny poziomu niepokoju u matek, których dzieci są hospitalizowane, a także oceny poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego.

**Materiał i metody.** Do realizacji założonych celów wykorzystano ankietę opracowaną według własnego projektu. Nasilenie lęku mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* R. B. Cattella. Wsparcie społeczne badano przy użyciu *Berlińskich skal wsparcia społecznego*. Badania przeprowadzono w 2017 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie w Oddziale Dziecięcym. Grupę badaną stanowiło 59 kobiet, których dzieci były w trakcie hospitalizacji. Zebrany materiał badań opracowano statystycznie.

**Wyniki i wnioski.** Ze zgromadzonych danych wynika, jaki jest poziom niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane, i jakie wsparcie otrzymują. Zbadano, czy istnieje korelacja między poziomem lęku a wsparciem społecznym. Prześledzono zależności pomiędzy czasem pobytu i ilością hospitalizacji a wsparciem społecznym. Przeanalizowano zależność pomiędzy wiekiem dziecka, matki a poziomem lęku i wsparciem społecznym. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane, charakteryzował przeciętny poziom niepokoju ogólnego oraz niepokoju jawnego i ukrytego. Najwyższe wyniki badane uzyskały w zakresie „aktualnie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego”, najniższe w zakresie „wsparcia buforująco-ochronnego”. Im dłuższa była hospitalizacja, tym niepokój matek był większy. Czas pobytu w szpitalu nie miał wpływu na poziom wsparcia. Najmłodsze matki charakteryzował najwyższy poziom niepokoju. Natomiast wiek matek nie wpływał na poziom wsparcia. Matki dzieci najmłodszych (poniżej roku) wykazywały większy niepokój ogólny, jawny i ukryty.

► **Słowa kluczowe:** dziecko, matka, hospitalizacja, lęk, wsparcie.

## WPROWADZENIE

Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko w przypadkach, gdy leczenie ich nie może być bezpiecznie realizowane w warunkach domowych. Zmiana środowiska domowego na szpitalne jest zawsze stresująca dla dziecka, a także dla

jego rodziny. Chore dzieci mogą reagować regresją swoich zachowań, np. moczyć się<sup>67, 68, 69</sup>.

Reakcja dziecka na pobyt w szpitalu w dużej mierze zależy od:

- wieku i poziomu rozwoju biopsychospołecznego,
- odporności psychicznej na trudne sytuacje,
- wrażliwości układu nerwowego,
- rodzaju choroby i stosowanego leczenia,
- wcześniejszego doświadczenia związanego z hospitalizacją,
- długości pobytu w szpitalu,
- warunków pobytu w szpitalu,
- stosunku personelu do dziecka i do rodziny,
- postawy rodziców wobec dziecka i jego choroby,
- metod wychowawczych w rodzinie.

Niemowlę do 3. miesiąca życia rozpoznaje dotyk i zapach matki, barwę głosu oraz rytm pracy jej serca. Brak matki w otoczeniu skutkuje ogólną reakcją na zmianę środowiska oraz opieki. U dziecka dominuje niepokój, zmiana łaknienia, rytmu wydalania oraz snu.

Niemowlę między 3. a 6. miesiącem życia trudno adaptuje się do warunków szpitalnych, nie widząc matki, nieustająco płacze. Obecność matki w czasie hospitalizacji daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, natomiast jej brak może skutkować silnym urazem psychicznym.

Dziecko między 6. a 18. miesiącem jeszcze bardziej przeżywa rozstanie z matką. W tym wieku dziecko jest silnie związane emocjonalnie ze swoją matką i każde jej zniknięcie z pola widzenia utożsamia z utratą na zawsze. W tym przedziale wiekowym u dziecka mogą pojawiać się lęki separacyjne. Na brak matki dziecko reaguje pobudzeniem psychoruchowym, płaczem oraz krzykiem.

Dla dziecka między 18. miesiącem a 3. r. życia rozstanie z matką jest najbardziej traumatyczne. Mogą nasilać się lęki separacyjne. W tym okresie dziecko może przejawiać zachowania agresywne, takie jak kopanie, bicie czy plucie, a także autoagresywne, takie jak rzucanie się na podłogę czy bicie głową o ścianę. Brak matki dziecko odbiera jako porzucenie.

W przypadku dzieci w wieku 4-7 lat hospitalizacja nie jest już tak dotkliwa jak wcześniej. Dzieci posiadające rodzeństwo i uczęszczające do przedszkola łatwiej znoszą rozłąkę z rodzicami. Potrafią nawiązywać kontakty z innymi dziećmi, rozmawiają z personelem oraz cierpliwie oczekują na powrót matki.

Dzieci w wieku szkolnym są bardziej niezależne od rodziców i łatwiej znoszą rozłąkę. Bez trudu nawiązują kontakty z rówieśnikami. U bardzo wrażliwych dzieci mogą jednak występować lęki separacyjne oraz regresja w zachowaniu.

<sup>67</sup> Cepuch G., Perek M. Modele opieki pielęgniarzkiej nad dzieckiem. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>68</sup> Kowalczyk J. *Pediatrics – wybrane zagadnienia*. Wyd. Akademii Medycznej w Lublinie 2014.

<sup>69</sup> Lissauer T., Clayden G. *Pediatrics*. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.

W tym okresie niezbędne są częste odwiedziny rodziców, zwłaszcza w początkowych dniach hospitalizacji lub gdy pobyt w szpitalu bardzo się przedłuża.

U nastolatków choroba i hospitalizacja mogą wywoływać stany lękowe o charakterze depresyjnym. Młodzież na chorobę reaguje zwykle buntem lub agresją. Mimo częstych sprzeczek i utarczek słownych z rodzicami, a także wybuchów złości w stosunku do nich, bardzo potrzebują obecności i wsparcia swoich bliskich<sup>70, 71, 72, 73, 74</sup>.

### Choroba szpitalna

Choroba szpitalna to rodzaj silnego lęku separacyjnego. Długa hospitalizacja oraz brak opieki macierzyńskiej, która zaspakaja wszystkie emocjonalne potrzeby dziecka, może prowadzić do choroby szpitalnej zwanej inaczej chorobą sierocą lub hospitalizmem. Choroba ta dotyczy najmłodszych pacjentów do 3-4. roku życia, które w tym wieku są silnie związane emocjonalnie ze swoją matką. W sporadycznych przypadkach może też wystąpić u starszych bardzo wrażliwych dzieci, uzależnionych od matki. Charakter objawów choroby szpitalnej zależy od stopnia rozwoju dziecka. Obserwacje reakcji małych dzieci na rozłąkę z matką prowadził J. Bowlby. Wyróżnił on trzy etapy reakcji lękowej: faza protestu, faza rozpacz i faza wyparcia<sup>75</sup>.

**W fazie protestu** dziecko przeżywa silny lęk i niepokój, jest oszołomione, zagubione, nieustannie płacze, reaguje złością i krzykiem na wszelkie próby uspakajania i pocieszania przez inne osoby. Dziecko poszukuje w otoczeniu znaków obecności matki. Może stać w łóżeczku przez długie godziny nawołując matkę. Faza protestu może trwać od kilku godzin do kilku dni.

**W fazie rozpacz** aktywność dziecka słabnie, dziecko przestaje nawoływać matkę, zamyka się w sobie, staje się apatyczne i obojętne, traci także apetyt i źle sypia. Płacz dziecka staje się monotony i przerywany. Pozorny spokój dziecka mylnie interpretowany bywa jako przystosowanie do warunków szpitalnych. Następuje stopniowe pogarszanie stanu fizycznego, utrata ogólnej odporności oraz zahamowanie funkcji motorycznych. Faza rozpacz może trwać od kilku dni do kilku tygodni.

**W fazie wyparcia** (inaczej zubożenia, oddzielenia, izolacji) dziecko zaczyna okazywać zainteresowanie otoczeniem, uśmiecha się, interesuje się zabawą, poprawia się także jego apetyt i sen. Jest to okres tłumienia wcześniej okazywanych emocji oraz wypierania prawdziwych uczuć do matki, w czasie odwiedzin

<sup>70</sup> Brosowska B., Hofmann K. Zapobieganie chorobie sieroczej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2009.

<sup>71</sup> Formański J. *Psychologia*. Wyd. PZWL. Warszawa 2003.

<sup>72</sup> Muscari M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. Czelej. Lublin 2005.

<sup>73</sup> Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. PZWL. Warszawa 2007.

<sup>74</sup> Wołowicka L. *Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*. Tom XV. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 1999.

<sup>75</sup> Wolańczyk T., Komender J. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2005.

ignoruje rodziców, tym samym tuli się do obcych. Faza wyparcia może trwać kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy. Jest to najtrudniejszy i nieodwracalny etap choroby. Dwa pierwsze etapy są odwracalne, charakterystyczne dla nich zachowania dziecka ustępują, gdy wróci do środowiska domowego. Trzeci etap niesie za sobą ryzyko powstania nieodwracalnego urazu emocjonalnego.

Wyżej opisane etapy rozwoju lęku separacyjnego pozwalają lepiej rozumieć sytuację i zachowania dziecka samotnie hospitalizowanego. U dzieci w wieku przedszkolnym skutki hospitalizacji nie są tak widoczne, gdyż w tym wieku dzieci stają się samodzielne, potrafią oczekiwać na matkę, dotyczy to zwłaszcza dzieci posiadających rodzeństwo oraz uczęszczających do przedszkola. U dzieci w wieku szkolnym objawy hospitalizmu raczej nie występują, co nie znaczy, że dziecko nie tęskni za matką, ale jest mu łatwiej znosić rozłąkę. Duży wpływ na to ma umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, personelem oraz werbalizowanie swoich problemów i uczuć. Jednak długotrwałe leczenie szpitalne dzieci może wywoływać negatywne skutki. W literaturze opisywane są sytuacje związane z bezpośrednimi i odległymi skutkami hospitalizacji. Skutki bezpośrednie, jawne to drażliwość, zmienność nastroju, lęki dzienne i nocne oraz brak apetytu. Widoczne jest silne emocjonalne uzależnienie od matki. Może wystąpić także regresja zachowań i kontrolowania potrzeb fizjologicznych. Odległe skutki hospitalizacji związane są z doświadczeniami leczenia szpitalnego oraz czasową utratą matki jako obiektu bezgranicznej miłości. Następstwem może być brak zaufania do otoczenia, niepewność, a nawet wrogość<sup>66, 77</sup>.

Przeżycia emocjonalne i reakcje rodziców związane z chorobą dziecka

Główną przyczyną negatywnych reakcji emocjonalnych jest stres sytuacyjny. Lęk i niepokój to emocje, które zwykle towarzyszą człowiekowi w chorobie. Lęk zawsze ma związek z zagrożeniem, pełni on ważną rolę w życiu człowieka, bowiem ostrzega i ochrania przed niebezpieczeństwem. Lęk częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn.

W literaturze niewiele uwagi poświęcono problematyce rodzicielskiego lęku i niepokoju, związanych z chorobą dziecka. Hospitalizacja dziecka i konieczność wykonywania różnych bolesnych zabiegów czy badań diagnozujących chorobę to dla rodziców trudny czas. Towarzyszą im silne emocje, takie jak lęk, niepokój czy niedowierzanie. Najczęściej matki płaczą, a ojcowie próbują zachować opanowanie. Związane to jest z obawami dotyczącymi konsekwencji choroby<sup>78</sup>.

Wyodrębniono różne sposoby reagowania rodziców na chorobę dziecka. Są to:

- **zachowania konstruktywne** – prawidłowe, które służą zdrowiu i dobremu samopoczuciu dziecka,

<sup>76</sup> Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>77</sup> Rokicka-Milewska R. ABC chorób wieku dziecięcego. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>78</sup> Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007.

- **zaprzeczanie choroby**, tj. niedopuszczanie do świadomości informacji o chorobie dziecka; rodzice prezentują wysoki poziom lęku,
- **zachowania depresyjno-pasywne**, tj. unikanie wizyt lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów; typowe jest zamknięcie się w sobie rodziców, żal jest w tym przypadku dominującą emocją,
- **zachowania agresywno-roszczeniowe** – charakterystyczne są groźby pod adresem lekarzy, pielęgniarek oraz liczne żądania, rodzice są bardzo niecierpliwi
- **działania szczególnie** wyrażające się w niestrudzonej aktywności, czasem ofiarności rodziców, przy jednoczesnym oskarżaniu innych; często podłożem w tym przypadku jest silny lęk i poczucie winy,
- **poczucie winy** rodziców to dość często spotykana reakcja emocjonalna na chorobę, towarzyszy jej jednocześnie oskarżanie innych ludzi; jest to uczucie bardzo destruktywne, rodzice wymagają pomocy psychologicznej,
- **rytualizacje** to zachowania obniżające napięcie emocjonalne; czynności pielęgnacyjne dziecka traktowane i sprawowane jako obrzędy, wykonywane zawsze według tej samej kolejności; przewidywalność kolejnych kroków w postępowaniu podnosi poczucie bezpieczeństwa,
- **przeżywanie lęku**, często u matek przybiera rozmiar rozpacz,
- **niepokój i smutek** są następstwem kumulacji wszystkich obaw o zdrowie dziecka; przyczyną jest bezradność, zagrożenie dla dziecka lub też niespełnione oczekiwania; mogą utrzymywać się przez cały czas trwania choroby dziecka, jak również po wyleczeniu; niekiedy może dochodzić do załamania psychicznego któregoś z rodziców<sup>79, 80</sup>.

Obecność matki przy hospitalizowanym dziecku to najskuteczniejszy sposób na zapobieganie negatywnym skutkom pobytu w szpitalu. Matka stanowi źródło wiedzy o małym pacjencie, jego przyzwyczajeniach. Rola matki w szpitalu to nie tylko bycie z dzieckiem, ale przede wszystkim współdziałanie w zabiegach higienicznych, karmieniu, organizacji czasu wolnego dziecka. Współuczestniczy ona także w niektórych zabiegach leczniczych, np. w fizykoterapii układu oddechowego czy rehabilitacji ruchowej. Stała obecność matki zaspokaja jedną z najważniejszych potrzeb dziecka, tj. potrzebę poczucia bezpieczeństwa, i ma pozytywny wpływ na jego stan emocjonalny.

Przy przyjęciu dziecka do szpitala należy zapoznać matkę z topografią i regulaminem oddziału oraz z kartą praw pacjenta. Matka zostaje także poinformowana o możliwości pozostania wraz z dzieckiem w trakcie hospitalizacji i o warunkach bytowych, jakie obecnie panują w oddziale. Matce zawsze należy okazywać zrozumienie dla jej obaw, udzielać wsparcia oraz włączać ją do pielęgnacji dziecka, wskazując zalety płynące z jej pobytu wraz z dzieckiem. Ciągła obecność matki

<sup>79</sup> Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K. Modele pielęgnowania dziecka przewlekłe chorego. Wyd. PZWL. Warszawa 2011.

<sup>80</sup> Szajner-Milart I., Papierkowski A. Choroby wieku rozwojowego. Wyd. PZWL. Warszawa 1997.



przy dziecku (kołysanie, przytulanie) w dużym stopniu minimalizuje skutki leczenia szpitalnego oraz wspomaga prawidłowy rozwój dziecka<sup>81, 82, 83, 84, 85, 86, 87</sup>.

### Potrzeba wsparcia matek w trakcie choroby dziecka

Omawiając problem wsparcia świadczonego rodzinie z chorym czy niepełnosprawnym dzieckiem, A. Maciarz wyróżniła następujące rodzaje wsparcia:

- wsparcie **psychiczne**, inaczej emocjonalne bądź psychoemocjonalne,
- wsparcie **opiekuńczo-wychowawcze**,
- wsparcie **rehabilitacyjne**,
- wsparcie **socjalno-wychowawcze**<sup>88</sup>.

Choroba dziecka jest sytuacją trudną, która komplikuje życie całej rodziny. Dezorganizuje i zaburza harmonię życia rodzinnego, szczególnie wtedy, gdy niezbędna jest hospitalizacja dziecka. Na różne sposoby rodziny radzą sobie w sytuacji choroby. Zależy to od dostrzegania przez rodziców możliwości różnego rodzaju wsparcia społecznego. Matka najczęściej sprawuje opiekę nad chorym dzieckiem, dlatego ogromne znaczenie ma jej stan emocjonalny, który zawsze wywiera wpływ na dziecko. Szczególnie niekorzystny jest lęk i niepokój matki. Nie mniejszą rolę pełni także ojciec, który zwykle otacza troską żonę, dając jej tym samym wsparcie psychiczne. Rodzice, a zwłaszcza matki, lepiej radzą sobie z akceptowaniem choroby dziecka, jeśli między małżonkami są prawidłowe relacje i są dla siebie wzajemnym oparciem w trudnych chwilach<sup>89, 90</sup>.

Podsumowując – wsparcie emocjonalne jest potrzebne szczególnie matkom chorych dzieci i ma na celu złagodzenie negatywnych przeżyć i emocji. Jest wiele sposobów udzielania wsparcia. Wspieranie może przejawiać się w empatycznym okazywaniu współczucia, w pocieszaniu, akceptacji i w zrozumieniu przeżyć wspieranej osoby. Wsparcie może być także wynikiem fachowych oddziaływań psychoterapeutycznych wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Istotne

<sup>81</sup> Krawczyk M., Karp E. Pobyt dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.

<sup>82</sup> Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>83</sup> Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Wyd. Czelej. Lublin 2012.

<sup>84</sup> Mucha D. Dziecko w szpitalu – złagodzić szok. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2010.

<sup>85</sup> Mucha D. Dziecko w szpitalu – złagodzić szok. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2010.

<sup>86</sup> Wysocki M., Czerwionka-Szaflarska M. *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne – dziecko w zdrowiu i chorobie*. Wyd. Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2004.

<sup>87</sup> Osiecka K. Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji. [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) [dostęp: 09.02.2017].

<sup>88</sup> Żurowska M. Wsparcie społeczne w sytuacji nieuleczalnej choroby dziecka. [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl) [dostęp: 15.03 2017].

<sup>89</sup> Drózdż-Gessner Z. *Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu 2006.

<sup>90</sup> Kubicka K., Kawalec W. *Pediatrica*. Tom 1. Wyd. PZWL. Warszawa 2000.

może być także wspieranie matek przez rodziców innych dzieci, którzy wcześniej sami byli wspierani w podobny sposób<sup>91, 92, 93, 94, 95</sup>.

## CEL

Celem pracy była próba oceny poziomu niepokoju matek, których dzieci są hospitalizowane, a także oceny poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego.

## MATERIAŁ I METODA

Do realizacji założonych celów zastosowano ankietę opracowaną według własnego projektu. Nasilenie lęku mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* R. B. Cattella. Wsparcie społeczne badano przy użyciu *Berlińskich skal wsparcia społecznego*. Badania przeprowadzono w 2017 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie w Oddziale Dziecięcym.

W badaniu wzięło udział 59 kobiet. 13,6% badanej grupy miało do 25 lat, 66,1% od 25 do 35 lat, zaś 20,3% powyżej 35 lat. Większość kobiet (81,4%) miała wykształcenie wyższe. Pozostałe to kobiety z wykształceniem średnim. 66,1% badanych kobiet było mieszkankami miast, zaś pozostałe 33,9% zamieszkiwało wieś. Większość kobiet korzystała z urlopu macierzyńskiego/wychowawczego. Zawodowo pracowało 25,4%, bezrobotnych było 16,9%, a jedna osoba była w trakcie nauki. Większość kobiet oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą lub bardzo dobrą, jako trudną – jedynie 3,4%. Jedno dziecko posiadało 42,4% kobiet, dwoje dzieci miało tyle samo osób, zaś 15,3% kobiet miało troje lub więcej dzieci. Większość hospitalizowanych dzieci miało poniżej 1 roku (61%). Nieco ponad połowę (55,9%) stanowili chłopcy. Większość dzieci przebywała w szpitalu od 2 do 5 dni (61%). Dla 44,1% dzieci był to pierwszy pobyt w szpitalu, dla 39% drugi, zaś 16,9% dzieci było hospitalizowanych trzeci lub kolejny raz. Najczęstszą reakcją dziecka na hospitalizację był spokój (61%), płacz (42,4%) i złość (28,8%).

Wsparcie społeczne badano za pomocą polskiej wersji *Berlińskich skal wsparcia społecznego* (BSSS, *Berlin Social Support Scales*), autorstwa Ralfa Schwarzera. Oryginalne narzędzie zawiera 6 niezależnych podskal. Do celów badań wykorzystano 38 pytań zawartych w 5 podskalach: I – spostrzegane dostępne wsparcie (8 pytań), II – zapotrzebowanie na wsparcie (4 pytania), III – poszukiwanie

<sup>91</sup> Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J., Kilarska M. *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*. Tom I. Wyd. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2013.

<sup>92</sup> Szymanowska J. *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Pomoc i wsparcie społeczne*. Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana. Białystok 2008.

<sup>93</sup> Formański J. *Współczucie jako lekarstwo*. [www.nursing.com.pl](http://www.nursing.com.pl) [dostęp: 08.03.2017].

<sup>94</sup> Tobiasz-Adamczyk B. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.

<sup>95</sup> Osiecka K. *Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji*. [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) [dostęp: 09.02.2017].

wsparcia (5 pytań), IV – aktualnie otrzymywane wsparcie (15 pytań), V – wsparcie buforująco-ochronne (6 pytań). Pierwsza i ostatnia podskala umożliwiają ocenę wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Pytania dotyczące wsparcia instrumentalnego zawarte są w IV podskali. Odpowiedzi udziela się w 4-punktowej skali szacunkowej. Wynik każdej podskali określa się w przedziale 1–4 punkty. Większa liczba punktów oznacza większe wsparcie społeczne.

Nasilenie lęku wśród badanej grupy mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* autorstwa R. B. Cattella, służącego do badania niepokoju jawnego i ukrytego. Z niepokoju jawnego osoba zdaje sobie sprawę. W niepokoju ukrytym symptomy są zakamuflowane tak, że jednostka nie uznaje ich za lęk, lecz za przejaw jakichś innych cech osobowości (odczuwanie zazdrości, pragnienie rozpoczynania życia na nowo, odczuwanie złości do ludzi). Bezpośrednim celem badań za pomocą *Arkusza samopoznania* jest pomiar poziomu niepokoju. Oryginalne narzędzie zawiera 40 pytań, z których połowa dotyczy symptomów niepokoju jawnego, druga zaś dotyczy niepokoju ukrytego. Obliczenia dla poszczególnych czynników przeprowadza się na wynikach surowych, a następnie zamienia na steny, co umożliwia ich porównywanie w poszczególnych skalach. Wyniki w przedziale od 1. do 3. stena uznaje się za niskie, przedział 4-7 to wyniki średnie, a 8-10 – wysokie. Ogólny niepokój (SN), niepokój ukryty (NU) i niepokój jawny (NJ) podawany jest w tabeli i interpretowany na podstawie wyników surowych.

Zebrany materiał opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. W celu weryfikacji hipotez zastosowano odpowiednie procedury statystyczne. Dwie grupy porównano testem U Manna-Whitneya (*ang. Mann-Whitney U test*), który znany jest również jako test Wilcoxon-Manna-Whitneya (*ang. Wilcoxon Mann-Whitney test*). Test ten służy do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej w dwóch populacjach (przy czym zakładamy, że rozkłady zmiennej są sobie bliskie). Do porównania więcej niż dwóch grup niezależnych zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Jednoczynnikowa analiza wariancji dla rang Kruskala-Wallisa (Kruskal-Wallis one-way analysis of variance by ranks) jest rozszerzeniem testu U-Manna-Whitneya i służy do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej w kilku ( $k \geq 2$ ) populacjach (przy czym zakładamy, że rozkłady zmiennej są sobie bliskie). Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Dla określenia zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rangowej Spearmana (*ang. Test of significance for Spearman's rank-order correlation coefficient*). Test ten służy do weryfikacji hipotezy o braku zależności monotonicznej pomiędzy badanymi cechami populacji. Im wartość współczynnika Spearmana ( $r_s$ ) jest bliższa 0, tym słabszą zależnością monotoniczną związane są badane cechy.

## WYNIKI

Najczęstsze odczucia kobiet związane z chorobą dziecka to: lęk, smutek (74,6%), bezradność (62,7%) oraz poczucie winy (27,1%) [tabela 1].

Tabela 1. Przeżycia emocjonalne matek związane z chorobą i hospitalizacją dziecka

Przeżycia emocjonalne w związku z chorobą i hospitalizacją dziecka	n	%
Lęk	44	74,6
Rozpacz	5	8,5
Smutek	44	74,6
Bezradność	37	62,7
Żal	8	13,6
Złość	5	8,5
Poczucie winy	16	27,1
Ogółem	159	-

Źródło: badania własne. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Jako źródło wsparcia badana grupa deklarowała najczęściej męża (86,4%) lub rodziców (74,6%). Ze wsparcia dalszej rodziny korzystało 23,7%, znajomych – 27,1%, a partnera – 10,2% (tabela 2).

Tabela 2. Źródła wsparcia, z których korzystała badana grupa w związku z chorobą dziecka

Źródło wsparcia w związku z chorobą dziecka	n	%
Mąż	51	86,4
Partner	6	10,2
Rodzice	44	74,6
Dalsza rodzina	14	23,7
Znajomi	16	27,1
Ogółem	131	-

Źródło: badania własne. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Przeanalizowano, jaki jest poziom niepokoju jawnego i niejawnego kobiet, których dzieci są hospitalizowane. W tym celu zastosowano *Arkusz samopoznania*. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane, wykazywały średni poziom lęku jawnego (NJ=6,95), jak również podobny poziom lęku ukrytego (NU=6,15), co ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Poziom niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane

<i>Arkusz samopoznania</i>	N	Min	Max	M	SD
SN	59	4.00	58.00	24.68	11.89
NU	59	0.00	28.00	11.66	6.15
NJ	59	2.00	30.00	13.02	6.95

Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego oraz ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego, uzyskały niższe wyniki w podskali „sposzrzegane dostępne wsparcie”. Kobiety odczuwające większy niepokój ukryty uzyskały niższe wyniki w skali „aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne i emocjonalne” (tabela 4).

Tabela 4. Korelacja poziomu niepokoju ze wsparciem społecznym kobiet, których dzieci są hospitalizowane

BSSS	<i>Arkusz samopoznania</i>		
	SN	NU	NJ
Sposzrzegane dostępne wsparcie	-,388** 0.002	-,347** 0.007	-,361** 0.005
• emocjonalne	-0.146 0.271	-0.118 0.373	-0.144 0.277
• instrumentalne	-,521** 0.000	-,482** 0.000	-,474** 0.000
Zapotrzebowanie na wsparcie	0.090 0.498	0.010 0.941	0.136 0.303
Poszukiwanie wsparcia	-0.202 0.124	-0.107 0.419	<b>0,280*</b> <b>0.032</b>
Aktualnie otrzymywane wsparcie	-0.142 0.284	-0.158 0.232	-0.132 0.321
• emocjonalne	-0.214 0.044	-0.209 0.113	-0.210 0.110
• instrumentalne	-0.065 0.623	-0.066 0.617	-0.059 0.658
• informacyjne	-0.221 0.092	-0.246 0.041	-0.192 0.145
Wsparcie buforująco-ochronne	0.143 0.281	0.095 0.476	0.143 0.279

Źródło: badania własne. Test rho-Spearmana.

W przypadku czasu hospitalizacji wykazano, że im dłuższy okres leczenia, tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet jest wyższy (tabela 5).

Tabela 5. Zależność między czasem pobytu w szpitalu a niepokojem matek hospitalizowanych dzieci

Arkusze samopoznania	Czas hospitalizacji							
	1 dzień		2-5 dni		Powyżej 5 dni		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	Chi <sup>2</sup>	p
SN	22.67	12.88	23.94	11.14	27.86	13.42	1.336	0.043
NU	9.11	6.01	11.56	6.24	13.57	5.77	2.857	0.040
NJ	13.56	7.73	12.39	6.19	14.29	8.52	0.359	0.836

Źródło: badania własne. Test Kruskala-Wallisa.

Wykazano, że kobiety, których dzieci przebywały w szpitalu trzeci lub kolejny raz, wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego niż kobiety, których dziecko przebywało w szpitalu pierwszy lub drugi raz (tabela 6).

Tabela 6. Zależność pomiędzy liczbą pobytów w szpitalu a wsparciem społecznym matek

BSSS	Liczba pobytów							
	Pierwszy		Drugi		Trzeci i kolejny		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
Spostrzegane dostępne wsparcie	3.30	0.46	3.42	0.51	3.51	0.34	1.687	0.430
• emocjonalne	3.51	0.46	3.61	0.52	3.78	0.30	3.030	0.220
• instrumentalne	3.10	0.56	3.23	0.58	3.25	0.41	1.057	0.590
Zapotrzebowanie na wsparcie	3.12	0.62	3.14	0.64	3.40	0.29	1.953	0.377
Poszukiwanie wsparcia	3.02	0.63	3.00	0.61	3.56	0.40	7.303	0.026
Aktualnie otrzymywane wsparcie	3.53	0.46	3.47	0.42	3.55	0.26	0.979	0.613
• emocjonalne	3.71	0.45	3.60	0.47	3.72	0.36	1.239	0.538
• instrumentalne	3.64	0.56	3.64	0.51	3.83	0.28	1.022	0.600
• informacyjne	3.52	0.71	3.48	0.70	3.45	0.64	0.255	0.880
Wsparcie buforująco-ochronne	2.11	0.74	2.37	0.71	2.16	0.46	1.642	0.440

Źródło: badania własne. Test Kruskala-Wallisa.

Kobiety, których dziecko miało poniżej roku, wykazywały większy niepokój ogólny, jawny i ukryty niż kobiety mające dzieci starsze (tabela 7).

Tabela 7. Zależność pomiędzy wiekiem hospitalizowanych dzieci a poziomem niepokoju ich matek

Arkusz samopoznania	Wiek dziecka							
	Poniżej roku		1-3 lata		Powyżej 3 lat		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
SN	27.11	11.96	24.25	11.00	13.14	6.31	9.078	0.011
NU	12.56	5.83	12.13	6.63	6.00	3.83	7.612	0.022
NJ	14.56	7.40	12.13	5.49	7.14	3.98	7.258	0.027

Źródło: badania własne. Test K Kruskala-Wallis.

Wykazano, że najwyższy poziom niepokoju jawnego charakteryzował badane w wieku do 25 lat. Średni poziom niepokoju dotyczył kobiet między 25. a 35. r. ż. Najniższy poziom niepokoju miały kobiety powyżej 35 lat (tabela 8).

Tabela 8. Wpływ wieku kobiet na odczuwany niepokój

Arkusz samopoznania	Wiek							
	Do 25 lat		25-35 lat		Powyżej 35 lat		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
SN	30.00	8.82	24.77	11.70	20.83	13.66	4.554	0.103
NU	14.25	5.90	11.64	6.05	10.00	6.55	2.338	0.311
NJ	15.75	5.80	13.13	6.60	10.83	8.50	4.995	0.042

Źródło: badania własne. Test K Kruskala-Wallis.

## DYSKUSJA

Choroba dziecka zawsze powoduje zachwianie równowagi i harmonii w rodzinie, szczególnie wtedy, gdy konieczna jest hospitalizacja. Choroba jest źródłem stresu, lęku i niepokoju dla najbliższych. Główny ciężar opieki nad chorym dzieckiem spoczywa zwykle na matce. Jej kondycja psychiczna, relacje w rodzinie oraz wzajemne wsparcie mają ogromny wpływ na stan dziecka i jego powrót do zdrowia. Działają to na zasadzie lustra<sup>96</sup>.

W literaturze wiele miejsca poświęcono przeżyciom emocjonalnym rodziców w przypadku choroby przewlekłej i długotrwałej hospitalizacji dziecka. Można w niej znaleźć odniesienia do chorób nowotworowych, chorób przewlekłych związanych z niepełnosprawnością, które niejednokrotnie wymuszają ogromne zmiany w życiu rodzinnym. W przypadku np. zdiagnozowania u dziecka cukrzycy typu 1 występują różne reakcje matek i ojców. Zwykle w obliczu choroby dochodzi do wzmocnienia więzi i wzajemnego wsparcia. Niekiedy jednak rozpoznanie choro-

<sup>96</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwanie hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.

by przewlekłej wymaga od matki zrezygnowania z pracy zawodowej, co powoduje pogorszenie sytuacji materialnej rodziny. Może wywoływać frustracje wszystkich członków rodziny, nasila się rywalizacja między dzieckiem chorym a pozostałymi zdrowymi, dochodzi do konfliktu, wzajemnego obwiniania się rodziców, pojawiają się pretensje, żale, w rodzicach mogą wyzwać się nieprawidłowe postawy rodzicielskie. W skrajnych przypadkach dochodzi do rozpadu rodziny<sup>97</sup>.

Natomiast znacznie mniej miejsca poświęcono w literaturze tzw. krótkotrwałej hospitalizacji, która także dezorganizuje życie rodzinne<sup>98</sup>. Wieloletnia praca w oddziale dziecięcym pozwoliła zwrócić uwagę na lęk i emocje towarzyszące matkom w związku z chorobą i hospitalizacją ich dzieci. W oparciu o spostrzeżenia podjęto decyzję o przeprowadzeniu badań wśród matek hospitalizowanych dzieci w miejscu pracy. Celem pracy badawczej była próba oceny poziomu niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane, a także poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego. Przyczyną leczenia szpitalnego dzieci badanych matek w większości przypadków były choroby układu oddechowego, pokarmowego oraz układu moczowego. Były to krótkotrwałe, zwykle pierwszorazowe hospitalizacje.

Badania przeprowadzone przez Krywdę-Rybską i wsp. dowodzą, że rodzice dzieci młodszych reagują większym stresem w przypadku krótkotrwałej hospitalizacji niż rodzice dzieci starszych. Ponadto na stres rodziców wpływa subiektywna ocena stanu zdrowia dziecka, tj. im cięższy stan dziecka, tym większy jest stres rodziców<sup>99</sup>.

Z badań własnych wynika, że kobiety, których dzieci były hospitalizowane, charakteryzował przeciętny poziom ogólnego niepokoju, jak również podobny poziom niepokoju jawnego i ukrytego. Kobiety, których dziecko miało poniżej roku, wykazywały większy niepokój ogólny, niepokój jawny i ukryty niż matki mające dzieci starsze. Wykazano natomiast, że najwyższy poziom niepokoju jawnego charakteryzował badane w wieku do 25 lat. Średni poziom niepokoju dotyczył kobiet między 25. a 35. rokiem życia. Najniższy zaś poziom niepokoju wykazywały kobiety powyżej 35 lat.

W literaturze niewiele uwagi poświęcono problematyce rodzicielskiego lęku i niepokoju wynikających z choroby dziecka. Uwaga skupiona jest raczej na objawach, leczeniu choroby, a także skutkach hospitalizacji dziecka<sup>100</sup>. Z badań własnych wynika, że najczęstsze odczucia kobiet związane z chorobą dziecka to lęk (74,6%), tyleż samo odczuwa smutek, a także bezradność (62,7%).

<sup>97</sup> Bakun M., Szewczyk L. Sposoby funkcjonowania rodziców dzieci chorych na cukrzycę.

<sup>98</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwałe hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.

<sup>99</sup> Tamże.

<sup>100</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwałe hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.



Podobne wyniki uzyskała Dudziak w badaniach przeprowadzonych w 2013 roku w tym samym oddziale szpitalnym. Badania potwierdziły, iż najczęściej rodzicom hospitalizowanych dzieci towarzyszyło poczucie bezradności wobec choroby, a także przygnębienie, lęk<sup>101</sup>.

Badania własne umożliwiły przeanalizowanie zależności między czasem pobytu w szpitalu oraz liczbą hospitalizacji dzieci a poziomem lęku ich matek. W przypadku czasu hospitalizacji wykazano, że im dłuższy okres leczenia szpitalnego tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet są wyższe. Ponadto nie wykazano wpływu liczby pobytów dziecka w szpitalu na poziom niepokoju u matek. Z uzyskanych danych można wywnioskować, iż najczęstszą reakcją dziecka na hospitalizację był spokój (61%), płacz (42,4%) oraz złość (28,8%).

Zainteresowano się także źródłami wiedzy matek na temat choroby, leczenia i pielęgnowania dziecka. W badaniach Dudziak większość rodziców (78%) deklarowała czerpanie wiedzy na ten temat z Internetu i tyle samo od innych rodziców chorych dzieci<sup>102</sup>.

W badaniach własnych uzyskano odmienne wyniki. Badane kobiety najczęściej wskazywały lekarza (89,8%), pielęgniarkę (69,5%), nieco mniej – media (62,7%) jako źródła informacji na temat choroby, leczenia i pielęgnowania dziecka. Porównywalne wyniki badań otrzymały Stefaniak i Wójcik<sup>103</sup>. Ich ankietowani podobnie wskazali na lekarza, a na drugim miejscu na pielęgniarkę jako źródła informacji i zaleceń dotyczących pielęgnowania dziecka po wypisie ze szpitala. Jeszcze inne wyniki uzyskała Marć<sup>104</sup>. W jej badaniach rodzice podali, że najwięcej informacji o stanie zdrowia dziecka uzyskali od pielęgniarek. Badania Bilickiej i wsp.<sup>105</sup> również wykazały, że po zakończonym leczeniu rodzice dziecka oczekiwali od pielęgniarek udzielenia wskazówek co do dalszego postępowania i dokładnego wyjaśnienia wszystkich zagadnień związanych z wypisem do domu.

Obecnie w większości przypadków matki decydują się na pobyt z dzieckiem w szpitalu. W zmaganiach z chorobą oczekują od personelu nie tylko możliwie najlepszego leczenia, pielęgnowania, ale także życzliwości i otuchy<sup>106</sup>. Wsparcie emocjonalne (okazywanie zrozumienia, współczucia, podtrzymywanie na duchu) jest bardzo istotne zarówno dla chorego, jak i dla opiekuna. Nie mniej ważne jest także wsparcie informacyjne, tj. udzielanie porad, wskazówek i informacji pomoc-

<sup>101</sup> Dudziak K. Ocena wiedzy rodziców na temat chorób u dzieci, a nasilenie ich niepokoju. Praca magisterska. Lublin 2015.

<sup>102</sup> Tamże.

<sup>103</sup> Stefaniak K., Basa A., Wójcik R. Oczekiwania rodziców dzieci hospitalizowanych wobec pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarstwo Polskie* 3/2009.

<sup>104</sup> Marć M. Zakres komunikowania się pomiędzy pielęgniarką a rodzicami dziecka hospitalizowanego. *Magazyn Zdrowie Publiczne* 3/2003.

<sup>105</sup> Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 1/2009.

<sup>106</sup> Szreter T. *Intensywna terapia dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2002.

nych w rozwiązywaniu problemów, których w trakcie leczenia dziecka rodzi się mnóstwo na każdym etapie choroby<sup>107</sup>.

Głównym źródłem wsparcia dla matki w trakcie hospitalizacji dziecka jest ojciec i dziadkowie. Potwierdzają to wyniki badań własnych, w których kobiety najczęściej deklarowały męża (86,4%) oraz swoich rodziców (74,6%) jako źródła wsparcia. Z przeprowadzonych analiz wynika, że kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego i ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego, uzyskały niższe wyniki w zakresie „spozrzegane dostępne wsparcie”. Natomiast matki odczuwające większy niepokój jawny uzyskały wyższe wyniki w obszarze „poszukiwanie wsparcia”. Z kolei matki odczuwające większy niepokój ukryty miały niższe wyniki w obrębie „aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne i informacyjne”.

Czas pobytu w szpitalu nie miał wpływu na poziom wsparcia społecznego. Wykazano natomiast, że kobiety, których dzieci przebywały w szpitalu trzeci lub kolejny raz, wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego aniżeli matki, których dziecko było hospitalizowane pierwszy lub drugi raz.

Przegląd literatury przedmiotu pozwala sformułować wniosek, że niezbędnym warunkiem zapewnienia właściwej opieki chorym dzieciom i ich rodzicom, a także pomocy w psychicznym przezwyciężaniu choroby jest współpraca całego zespołu terapeutycznego. Według Jakubik i wsp.<sup>108</sup> kluczową rolę odgrywa pielęgniarka. Ona bowiem odpowiedzialna jest za proces pielęgnowania. Istotą pielęgnowania jest pomaganie dziecku i wspieranie jego rodziców w celu przywracania i umacniania zdrowia dziecka. Potwierdzają to także badania Marc<sup>109</sup>. Badania Jakubik i wsp. pokazują, iż ponad połowa rodziców oczekuje od pielęgniarki pomocy w opiece nad dzieckiem, odpowiedzi na wszystkie nurtujące ich pytania w związku z chorobą dziecka. Podobne wyniki badań otrzymała również Stefaniak i wsp.<sup>110</sup>. Prezentują one oczekiwania rodziców hospitalizowanych dzieci w stosunku do pielęgniarki: potrzebę omówienia i wyjaśnienia przez pielęgniarkę wszelkich, zwłaszcza niezrozumiałych dla rodziców kwestii. Głównym czynnikiem wpływającym na postrzeganie pielęgniarki jako źródła informacji dla pacjentów jest staż pracy w zawodzie.

Na zainteresowanie zasługują również badania Łukasik i wsp.<sup>111</sup>, których celem było między innymi poznanie wiedzy i opinii rodziców na temat ich praw w opiece nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Analizowano znajomość praw zapi-

<sup>107</sup> Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J., Kilarska M. *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*. Tom I. Wyd. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2013.

<sup>108</sup> Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. *Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych*. *Problemy Pielęgniarstwa* 19 (4)/2011.

<sup>109</sup> Marć M. *Zakres i charakter komunikowania się pielęgniarki z rodzicami dziecka hospitalizowanego*. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2/2005.

<sup>110</sup> Sułcecki J., Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 2005.

<sup>111</sup> Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. *Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu*. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

sanych w *Europejskiej karcie praw dziecka w szpitalu*, jak również postępowania rodziców pozostających z dzieckiem w trakcie pobytu w oddziale. Istotne było także określenie, w jakim zakresie i w jakie czynności rodzice angażują się w opiece nad dzieckiem. Wyniki okazały się wręcz zaskakujące, gdyż zdecydowana większość rodziców (75%) przyznała, iż nie zna treści *Europejskiej karty praw dziecka w szpitalu*, jednocześnie 91% badanych znało procedurę postępowania rodziców pozostających z dzieckiem na oddziale. Mimo znajomości przepisów szpitalnych rodzice respektowali tylko te zalecenia, które im odpowiadały. Pomimo takich wyników badań Łukasik i wsp. twierdzą, że nie należy rodziców postrzegać jako przeszkody w pracy personelu, ponieważ są bardzo pomocni w opiece nad dzieckiem, dają mu poczucie bezpieczeństwa, łagodząc w ten sposób negatywne skutki hospitalizacji. Wskazują natomiast na potrzebę poszerzenia edukacji rodziców i opiekunów na temat ich praw i obowiązków w szpitalu. Dostrzegają również, że pobyt rodziców na oddziale, ze względu na ograniczenia lokalowe, stwarza różne trudności w organizacji pracy. Podobne wyniki badań otrzymała także Puczkowska i wsp.<sup>112</sup>. Respondenci w ich badaniach w przeważającej większości (75%) nie znali regulaminu oddziału i nie znali praw wynikających z *Karty praw pacjenta*.

W badaniach własnych otrzymano odmienne wyniki. Znajomość praw pacjenta deklarowało 91,5% badanych matek, natomiast organizację pracy w oddziale bardzo dobrze oceniła ponad połowa ankietowanych (59,3%), niewiele mniej (35,6%) oceniło ją dobrze. Niejednokrotnie w rozmowach w czasie hospitalizacji matki pozytywnie wyrażały się na temat stworzonych warunków, pobytu i przebiegu leczenia szpitalnego. Podobne wyniki badań otrzymały także Krawczyk i Karp<sup>113</sup>. Ponad 70% ich respondentów pozytywnie oceniło swój pobyt z dzieckiem w szpitalu, wskazując szczególnie na kompetentny personel i fachową pomoc. Jednakże wskazywali na konieczność poprawy warunków bytowych dla opiekunów w oddziale, bo to sprawiało im najwięcej niedogodności. Na zainteresowanie zasługują również wyniki badań Kurowskiej i Żurek<sup>114</sup>. Badania miały na celu określenie poczucia koherencji i poziomu wsparcia społecznego okazywanego matkom hospitalizowanych dzieci. Matki w zdecydowanej większości zadowolone były z warunków panujących w oddziale dziecięcym (83,75%), jak też z życzliwości personelu (75%), wsparcia od zespołu terapeutycznego oczekiwało ponad 66% ankietowanych. Z badań tych wynika, że kobiety uzyskały najwięcej wsparcia informacyjnego, w drugiej kolejności instrumentalnego, natomiast na niższym poziomie otrzymały wsparcie emocjonalne.

Badania tego typu mogą mieć ogromne znaczenie i zasadniczy wpływ na polepszenie jakości opieki nad hospitalizowanym dzieckiem, sprawowanej przez matki

<sup>112</sup> Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

<sup>113</sup> Krawczyk M., Karp E. Pobyt dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.

<sup>114</sup> Kurowska K., Żurek D. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne okazywane matkom hospitalizowanych dzieci. *Magazyn Nowiny Lekarskie* 2/2011.

w ścisłej współpracy z całym zespołem terapeutycznym. Analiza piśmiennictwa wskazuje, jak ważne jest stałe podnoszenie standardów i poprawa warunków lokalowych na oddziałach dziecięcych, a także edukacja, wspieranie i zachęcanie rodziców do właściwej opieki nad dziećmi w szpitalu. Należy dążyć do doskonalenia komunikacji interpersonalnej między zespołem terapeutycznym a rodzicami/opiekunami hospitalizowanego dziecka, dużo rozmawiać, zawsze okazywać cierpliwość i zrozumienie dla zgłaszanych przez rodziców obaw, na wszystkie pytania odpowiadać wyczerpująco, posługując się zrozumiałym językiem. Należy także zachęcać pozostałych członków rodziny do tego, aby w miarę możliwości starali się zastępować pozostającą z dzieckiem matkę, ponieważ także ona potrzebuje wsparcia i wytchnienia w trudnej opiece nad chorym dzieckiem, co ma ogromny wpływ na jej równowagę i zmniejszenie nasilenia lęku.

## WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:
2. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane charakteryzował przeciętny poziom ogólnego niepokoju (SN), niepokoju ukrytego (SU), a także niepokoju jawnego (NJ).
3. Najwyższe wyniki badane uzyskały w zakresie „aktualnie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego”, najniższe w zakresie „wsparcia buforująco-ochronnego”.
4. Kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego i ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego uzyskały niższe wyniki w podskali „spozstrzegane dostępne wsparcie”.
5. Kobiety odczuwające większy niepokój jawny uzyskały wyższe wyniki w zakresie „poszukiwanie wsparcia”.
6. Kobiety odczuwające większy niepokój ukryty uzyskały niższe wyniki w skali „aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne i emocjonalne”.
7. Czas pobytu w szpitalu wpływa na poziom niepokoju badanych kobiet. Im dłuższy okres leczenia tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet były wyższe.
8. Czas pobytu w szpitalu nie wpływa na poziom wsparcia społecznego.
9. Liczba pobytów w szpitalu nie wpływa na poziom niepokoju badanych kobiet.
10. Liczba pobytów w szpitalu wywiera wpływ na wsparcie społeczne. Matki dzieci hospitalizowanych trzeci bądź kolejny raz wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego niż kobiety, których dziecko przebywało w szpitalu pierwszy lub drugi raz.
11. Kobiety najmłodsze – do 25 lat – charakteryzował najwyższy poziom niepokoju jawnego.
12. Wiek kobiet nie miał wpływu na poziom wsparcia społecznego.

13. Wiek dziecka wpływa na niepokój matki. Matki mające dziecko w wieku poniżej roku charakteryzowały się większym niepokojem ogólnym oraz niepokojem jawnym i ukrytym niż matki mające dzieci starsze.

## PIŚMIENICTWO

1. Bakun M., Szewczyk L. Sposoby funkcjonowania rodziców dzieci chorych na cukrzycę typu 1. *Magazyn Endokrynologia Pediatria* 9/2010.
2. Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007.
3. Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 1/2009.
4. Brosowska B., Hofmann K. Zapobieganie chorobie sieroczej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2009.
5. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K. *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*. Wyd. PZWL. Warszawa 2011.
6. Cepuch G., Perek M. *Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
7. Dróżdż-Gessner Z. *Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu 2006.
8. Dudziak K. *Ocena wiedzy rodziców na temat chorób u dzieci a nasilenie ich niepokoju*. Praca magisterska. Lublin 2015.
9. Formański J. *Psychologia*. Wyd. PZWL. Warszawa 2003.
10. Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. *Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych*. *Problemy Pielęgniarstwa* 19 (4)/2011.
11. Kowalczyk J. *Pediatrics – wybrane zagadnienia*. Wyd. Akademii Medycznej w Lublinie 2014.
12. Krawczyk M., Karp E. *Pobyty dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.
13. Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. *Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwale hospitalizowanego*. *Magazyn Pediatryki i Medycyna Rodzinna* 8/2012.
14. Kubicka K., Kawalec W. *Pediatrics*. tom 1 Wyd. PZWL. Warszawa 2008.
15. Kurowska K., Żurek D. *Poczucie koherencji a wsparcie społeczne okazywane matkom hospitalizowanych dzieci*. *Magazyn Nowiny Lekarskie* 2/2011.
16. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
17. Lissauer T., Clayden G. *Pediatrics*. Wyd. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2009.
18. Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. *Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu*. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

19. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Wyd. Czelej. Lublin 2012.
20. Marć M. Zakres komunikowania się pomiędzy pielęgniarką a rodzicami dziecka hospitalizowanego. *Magazyn Zdrowie Publiczne* 3/2003.
21. Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.
22. Muscari M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. Czelej. Lublin 2005.
23. Pawlaczuk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
24. Puczkowska E., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Wasilewska A., Kułak W. Ocena stopnia zadowolenia matek z opieki na oddziale pediatrycznym. *Magazyn Pediatrya Polska* 3/2005.
25. Radzikowski A., Banaszekiewicz A. *Pediatrya*. Wyd. Medipage. Warszawa 2008.
26. Rokicka-Milewska R. *ABC chorób wieku dziecięcego*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
27. Sheridan Ch., Radmacher S. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla medycznego modelu zdrowia*. Wyd. Instytutu Psychologii Zdrowia PTP. Warszawa 1998.
28. Suchecki J., Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 2005.
29. Szreter T. *Intensywna terapia dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2002.
30. Szymanowska J. *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Pomoc i wsparcie społeczne*. Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana. Białystok 2008.
31. Tobiasz-Adamczyk B. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.
32. Wołowicka L. *Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Tom XV*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 1999.
33. Wysocki M., Czerwionka-Szaflarska M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne – dziecko w zdrowiu i chorobie*. Wyd. Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2004.
34. Źródło internetowe – [www.cdz.pl](http://www.cdz.pl) Pobyt rodzica w szpitalu [05.03.2017 godz. 16:10].
35. Źródło internetowe – [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) Osiecka K. Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji [09.02.2017 godz. 18:00].
36. Źródło internetowe – [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) Zalewska H. Dziecko w szpitalu [05.03.2017 godz. 16:00].
37. Źródło internetowe – [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl) Żurowska M. Wsparcie społeczne w sytuacji nieuleczalnej choroby dziecka [15.03 2017 godz. 18:00].

## Intensity of anxiety and demand for support of mothers of hospitalized children

Beata Joanna Gietka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Child's disease and hospitalization are a source of stress, fear and anxiety for the closest family, because it causes a disturbance in the balance and harmony in family life. The main burden of care of an ill child usually falls on the mother. Her psychological condition, family relations, and mutual support exert a great effect on the child's condition and restoration of health.

**Objective.** The objective of the study was an attempt to assess the level of anxiety in mothers whose children are hospitalized, and what is the level of the received social support.

**Materials and Method.** In order to achieve the assumed goals, a questionnaire designed by the author was applied. The intensity of anxiety was measured using the Cattell's IPAT anxiety scale, while social support was investigated by means of the Berlin Social Support Scales. The study was conducted in 2017, in the Paediatric Ward of the Regional Specialist Hospital in Lublin. The study group included 59 women, whose children were hospitalized. The collected material was analyzed statistically.

**Results.** The collected data showed the level of anxiety of the examined women and the social support received by women whose children were hospitalized. Anxiety was correlated with social support. Relationships were investigated between duration of hospital stay and number of hospitalizations, and social support. Also, the relationship was analyzed between the age of the child, mother, and level of anxiety and social support.

**Conclusions.** Women whose children were hospitalized were characterized by a mediocre level of total anxiety and overt and covert anxiety. The respondents obtained the highest results with respect to 'currently received emotional and instrumental support', while the lowest – in 'protective buffering'. The longer the hospitalization, the greater the anxiety of the mothers. The duration of hospitalization had no effect on the level of support. The youngest mothers were characterized by the highest level of anxiety. However, the age of the mother exerted no effect on the level of support. Mothers of children aged under 1 year showed a greater total and overt and covert anxiety.

► **Keywords:** child, mother, hospitalization, anxiety, support.

# Poczucie umiejscowienia kontroli a podejmowanie zachowań zdrowotnych przez pacjentów z chorobami tarczycy

Anita Wajrak<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Poczucie umiejscawiania kontroli jest cechą względnie trwałą i silnie wpływa na rodzaj podejmowanych działań, sposób ich realizacji oraz radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i porażkami w działaniu. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli ma pozytywne korelacje z wysiłkiem wkładanym w rozwiązanie problemów, dbaniem o zdrowie, długością życia, wytrwałością oraz liczbą sukcesów. Osoby o wewnętrznym LOC mają świadomość wpływania na przebieg wydarzeń oraz swój los, są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji oraz zachowań zdrowotnych.

**Cel.** Celem przeprowadzonych badań była ocena relacji między umiejscowieniem kontroli zdrowia u osób z chorobami tarczycy a ich zachowaniami zdrowotnymi.

**Materiał i metody.** W badaniu udział wzięło 69 pacjentów z chorobami tarczycy, zamieszkałych w województwie lubelskim. Zdecydowana większość badanych to kobiety (94,2%). Niemal połowa badanych (47,8%) miała od 20 do 30 lat. Z kolei co czwarta badana osoba (26,1%) to osoba pomiędzy 31. a 40. rokiem życia. Nieco mniej liczną grupą byli badani pomiędzy 41. a 50. rokiem życia. Większość respondentów mieszkała w mieście (72,5%). Nieco ponad połowa badanej grupy (50,7%) to osoby z wykształceniem wyższym.

Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta, w której wykorzystano kwestionariusz *Wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli* (MHLC) w wersji B oraz *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ).

Dane zostały poddane analizie statystycznej w programie IBM SPSS Statistics. Posłużono się następującymi testami i współczynnikami statystycznymi: test Kołmogorowa-Smirnowa, współczynnik korelacji rho-Spearmana, test t-Studenta.

**Wyniki i wnioski.** Podejmowanie zachowań zdrowotnych jest zależne od poczucia umiejscowienia kontroli. W grupie badanych cechujących się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli nie odnotowano nasilonych zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli. W grupie badanych cechujących się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (wpływ innych) występuje nasilone podejmowanie praktyk zdrowotnych. Natomiast im większa kontrola zewnętrzna o charakterze wpływu przypadku, tym mniej pozytywne nastawienie psychiczne. Im dłuższy czas od zachorowania, tym bardziej pozytywne nastawienie psychiczne oraz bardziej znaczące praktyki zdrowotne. Im wyższa jakość życia, tym słabsze zachowania profilaktyczne, a silniejsze praktyki zdrowotne.

► **Słowa kluczowe:** tarczycza, schorzenia tarczycy, zachowania zdrowotne, postawy zdrowotne, umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia.



## WPROWADZENIE

Teoria poczucia umiejscowienia kontroli sformułowana została przez J. Rotera. Umiejscowienie kontroli odnosi się do systemu przekonań dotyczących tego, od czego zależą wyniki działania człowieka<sup>115</sup>. Traktowane jest jako wymiar osobowości, decyduje on o autonomii podmiotu, przejawia się w różnych jego zachowaniach, niezależnie od sytuacji. Według koncepcji umiejscowienia kontroli człowiek dąży do zaspokajania swoich potrzeb poprzez formy zachowań instrumentalnych. Taki styl bycia dostarcza wzmocnień jednostce oraz sprawia, że w przyszłości takie zachowanie przyniesie takie samo wzmocnienie. Jednak gdy możliwe są inne zachowania, zostanie wybrany takie, które dostarczy najbardziej wartościowych i oczekiwanych wzmocnień. Teoria ta odnosi się do zgeneralizowanego przekonania dotyczącego kontroli wzmocnień, która powstaje w wyniku powtarzających się doświadczeń kontroli nad zdarzeniami lub jej braku. Przeświadczenia tego typu kształtują się podczas procesu uczenia się<sup>116</sup>.

Poczucie umiejscawiania kontroli jest cechą względnie trwałą i silnie wpływa na rodzaj podejmowanych działań, sposób ich realizacji oraz radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i porażkami w działaniu. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli ma pozytywne korelacje z wysiłkiem wkładanym w rozwiązanie problemów, dbaniem o zdrowie, długością życia, wytrwałością oraz liczbą sukcesów. Osoby o wewnętrznym LOC mają świadomość wpływania na przebieg wydarzeń oraz swój los, są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji. Wyniki badań przeprowadzonych przez Kozielskiego wskazują na wybieranie działań bardziej ryzykownych, większą konsekwencję w działaniu oraz wielokrotne podejmowanie decyzji o wyborze działań w dłuższej perspektywie w przypadku osób o wewnętrznym umiejscowieniem kontroli<sup>117</sup>. Do ukształtowania się zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli dochodzi, gdy uzyskane wzmocnienie odebrane zostanie jako efekt działania otoczenia. Zewnętrzne umiejscowienie poczucia umiejscowienia kontroli u jednostki manifestuje się przekonaniem, że to, co ją spotyka, jest niezależne od podejmowanych działań oraz pozostaje poza jej kontrolą. Sprzyja to takim zachowaniom jak zależność, bierność, wieloznaczność i nietolerancja. Osoby takie są niepewne, nie ufają sobie oraz swoim możliwościom, silnie przeżywają zagrożenie, a w trudnych sytuacjach cechują się mechanizmami obronnymi opartymi na wypieraniu.

Umiejscowienie kontroli jest rezultatem wychowania, posiada również związek ze zmiennymi ekonomiczno-społecznymi. Ludzie należący do grup upośle-

<sup>115</sup> Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Przegląd Psychologiczny 1999, tom 42, nr 4, 43-56.

<sup>116</sup> Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2010.

<sup>117</sup> Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.). Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Wydawnictwo AWF. Wrocław 1997, s. 285-291.

dzonych ekonomiczno- społecznie cechują się przekonaniem o zewnętrznym wpływie, a przez to o nieopłacalności wysiłku<sup>118</sup>. Umiejscowienie kontroli w sposób szczególny odnosi się do kontroli zdrowia.

Psychologia zdrowia operuje pojęciem umiejscowienia kontroli zdrowia. Jest to przekonanie o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia lub jego poprawę. Według teorii *Health Locus of Control*, stworzonej przez K i B. Wallstonów, istnieje zależność między umiejscawianiem poczucia kontroli a podejmowaniem działań zdrowotnych. Wyniki badań wskazują, że osoby z wewnętrzną lokalizacją umiejscowienia kontroli częściej przejawiają odpowiedzialność za własne zdrowie, jak również podejmują wysiłki w celu zachowania zdrowia, w przeciwieństwie do osób z zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia ujawniają tendencję do oczekiwania, że ich zdrowie zależy w głównej mierze od nich samych. Ludzie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają predyspozycje do przypisywania tego wpływowi przypadku bądź innych ludzi<sup>119</sup>.

Zachowania zdrowotne dzieli się zwykle na intencjonalne i celowe oraz na nawykowe (silne wzorce zachowań prozdrowotnych). Podstawowym przedmiotem zainteresowań psychologii zdrowia są głównie świadome i celowe zachowania zdrowotne. Występuje wiele teoretycznych koncepcji, które próbują opisać, jakie aspekty świadomości są najbardziej właściwe do wyjaśnienia, zrozumienia i przewidywania zachowań zdrowotnych. Jedną z nich jest wspomniana wcześniej teoria K i B Waltsonów – *Health Locus of Control*. Pokazuje ona, że istnieje zależność między umiejscowieniem poczucia kontroli własnego zdrowia i podejmowaniem działań prozdrowotnych. Według powyższej koncepcji osoby z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli są bardziej odpowiedzialne za własne zdrowie oraz skłonne do podejmowania wysiłków w celu zachowania zdrowia niż osoby o zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli wykazują tendencję do oczekiwania, że uzyskiwane efekty działań zależą przede wszystkim od nich samych. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli kładzie nacisk na włożony własny wysiłek w działanie, branie odpowiedzialności za to działanie, pogłębianie informacji w tym zakresie, a także podejmowanie autonomicznych decyzji<sup>120</sup>. Jednostki z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia charakteryzuje przekonanie, że stan ich zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoby takie uważają, że to, czego doświadczają, jest wynikiem osobistych działań, ujawniają też kontrolę nad pożądanymi, jak i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami<sup>121</sup>. Natomiast osoby z zewnętrznie

<sup>118</sup> Drwal R L. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badań, wyniki badań. W: Drwal RL. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. PWN Warszawa 1995, s. 199-227.

<sup>119</sup> Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Uniwersytet Wrocławski. Wrocław 2001.

<sup>120</sup> Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Medycyny Rodzinnej 2010; 4(1): 44 -52.

<sup>121</sup> Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. Zeszyty Naukowe WSHE 2008, 8(13): 93-103.

umiejscowionym poczuciem kontroli zdrowia mają tendencję do przypisywania tego wpływom innych ludzi lub przypadku. Jednostki te charakteryzuje brak poczucia wpływu na otoczenie oraz tendencja do wypierania objawów i umniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań<sup>122</sup>. Przypisywanie kluczowego wpływu na zdrowie przypadkowi jest zwykle pretekstem do unikania odpowiedzialności za własne zdrowie. Zakłada się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia zdecydowanie korzystniej oddziałuje na zdrowie niż kontrola zewnętrzna, bazująca przede wszystkim na wpływie przypadku bądź innych osób<sup>123</sup>.

Walker, Sonstroem i in. ustalili, że osoby o wewnętrznym LOC regularnie podejmują środki zaradcze przeciwko wypadkom i chorobom, w odróżnieniu od osób z zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli zdrowia. Nadto jednostki preferujące zdrowy styl życia w mniejszym stopniu wierzą w działanie przypadku, wykazują także wyższą aktywność prozdrowotną i biorą większą odpowiedzialność za stan swojego zdrowia. Natomiast Juczyński zaobserwował, że osoby o zewnętrznym LOC częściej angażują się w zachowania profilaktyczne, takie jak systematyczne badania i zalecenia lekarskie, natomiast osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bardziej skrupulatnie przestrzegają codziennych praktyk zdrowotnych oraz nawyków żywieniowych. Wynika z tego, że wewnątrzsterowność jednostki sprzyja utrzymaniu lepszego stanu zdrowia<sup>124</sup>.

Poczucie umiejscowienia kontroli określające źródła wpływu na stan zdrowia ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem. Dlatego też istotną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, która motywuje do podejmowania zachowań zdrowotnych oraz unikanie tych o niekorzystnym wpływie na stan zdrowia. Badania wskazują, iż działania ukierunkowane jedynie na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów. Konieczny jest również wpływ na motywację i emocje. Dużą rolę odgrywa także udzielane jednostce wsparcie. Konieczne jest zatem tworzenie i popularyzowanie właściwych postaw i wzorców zdrowotnych.

Lokalizacja poczucia własnej skuteczności ma decydujący wpływ na zmiany zachowania. Wyraża się to przekonaniem, iż jednostka ma odpowiednie zasoby oraz umiejętności, aby zmienić swoje zachowania dzięki własnej aktywności. Skonstruowanych zostało kilka narzędzi, w głównej mierze kwestionariuszy i skal, które wykorzystywane są do pomiaru poczucia własnej skuteczności związanej z podejmowaniem aktywności z zakresu biopozytywnych zachowań zdrowotnych.

<sup>122</sup> Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.) *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2003. s. 49-61.

<sup>123</sup> *Ibidem*. s. 50.

<sup>124</sup> Fiszer K., Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Med Og Nauk Zdr*. 2013; 19(3): 294-299.

## CEL

Celem przeprowadzonych badań była ocena relacji między umiejscowieniem kontroli zdrowia u osób z chorobami tarczycy a ich zachowaniami zdrowotnymi.

## MATERIAŁ I METODA

Badania właściwe przeprowadzono pośród pacjentów zgłaszających się na badania obrazowe do Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie. Badania prowadzono od 1 września 2017 roku do 1 grudnia 2017 roku. Ankieta miała charakter dobrowolny oraz anonimowy, badani zostali poinformowani o celu i istocie badania. Nie ograniczono czasu przeznaczanego na wypełnienie ankiety.

W badaniu udział wzięło 69 pacjentów z chorobami tarczycy, zamieszkałych w województwie lubelskim. Zdecydowana większość badanych to kobiety (94,2%). Mężczyźni stanowili natomiast pozostałe 5,8% badanej grupy. Niemal połowa badanych (47,8%) miała od 20 do 30 lat. Z kolei co czwarty badany (26,1%) to osoba pomiędzy 31. a 40. rokiem życia. Nieco mniej liczną grupę stanowiły osoby pomiędzy 41. a 50. rokiem życia (17,4%). Zdecydowanie mniej respondentów miało natomiast powyżej 50 lat (7,2%) lub poniżej 20 lat (1,4%). Większość respondentów to mieszkańcy miast (72,5%). Pozostali (27,5%) zamieszkiwali wieś. Ponad połowa badanej grupy (50,7%) miała wykształcenie wyższe, wykształcenie średnie 43,5% badanych, a zawodowe pozostałe 5,8%. Najpowszechniejsza choroba tarczycy w badanej grupie to niedoczynność (81,2%). Z kolei nieco ponad połowa (58%) miała na chorobę Hashimoto, a 20,3% guza lub guzki tarczycy. Zdecydowanie mniej respondentów cierpiało na nadczynność tarczycy (2,9%) lub chorobę Gravesa-Basedowa (1,4%). Najwięcej badanych (37,7%) zachorowało na chorobę tarczycy rok do 3 lat temu. Nieco mniej (27,5%) chorowało powyżej 8 lat, z kolei 17,4% od 5 do 8 lat. Znacznie mniej badanych cierpiało na chorobę tarczycy poniżej roku (10,1%), a pozostałe 7,2% od 3 do 5 lat. Badanych proszono o samoocenę jakości swojego życia na skali 0%-100%. Jak się okazało najczęściej (43,5%) wskazało na zakres 51-70%. Z kolei 31,9% badanych pacjentów na zakres 71%-90%. Znacznie mniej badanych oceniło jakość swojego życia niżej, tzn. na 31%-50% lub do 30%, a także powyżej 90%.

Metodą badawczą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta, w której wykorzystano kwestionariusz *Wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli* (MHLC) w wersji B oraz *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ).

Kwestionariusz ankiety składał się z 50 pytań. Metryczka zawierała 7 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, dotyczących statusu socjodemograficznego badanego. Pozostałe pytania to kwestionariusz *Wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia* (MHLC), wersja B, pozwalający na ocenę umiejscowienia

poczucia kontroli osób badanych. MHLC jest rozwiniętą wersją jednowymiarowej skali autorów *The School of Nursing* z 1978r., która była krytykowana za jednowymiarowe ujęcie. Nowa wersja nawiązuje do punktu widzenia Levensona, który przeciwstawił wewnętrzne umiejscowienie kontroli zewnętrznemu, to drugie różnicując na wpływ innych bądź losu czy przypadku. Skala identyfikuje poglądy ludzi na istotne zagadnienia związane ze zdrowiem, a także jest miernikiem przekonań o odpowiedzialności za własne zdrowie. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, można się z nim zgodzić lub nie. Istotne jest tu osobiste przekonanie danej osoby, nie ma odpowiedzi prawidłowych lub błędnych. Ważne jest, by odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym, co sądzić się powinno<sup>125</sup>. W badaniach własnych wykorzystano wersję B, która składa się z 18 stwierdzeń odnoszących się do 3 wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia:

- umiejscowienie wewnętrzne (W) – kontrola nad moim zdrowiem zależy ode mnie,
- wpływ innych (I) – zdrowie jest wynikiem działań innych osób, zwłaszcza personelu medycznego,
- przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne.

Odpowiedzi udziela się w 6-stopniowej skali – od „zdecydowanie nie zgadzam się” (co odpowiada 1 punktowi), do „zdecydowanie zgadzam się” (6 punktów). Zakres wyników mieści się w przedziale od 6 do 36 punktów. Do wymiaru kontroli wewnętrznej odnoszą się pozycje nr 1, 6, 8, 12, 13, 17, o wpływie innych mówią pozycje nr 3, 5, 7, 10, 14 i 18, zaś przekonanie o decydującej roli przypadku identyfikują pozycje nr 2, 4, 9, 11, 15, 16<sup>126</sup>.

Poziom zachowań zdrowotnych u badanych oceniono za pomocą *Inwentarza zachowań zdrowotnych* (IZZ) wg Juczyńskiego. *Inwentarz zachowań zdrowotnych* to narzędzie pomiaru zawierające 24 stwierdzenia, które opisują różnego typu zachowania związane ze zdrowiem. Uwzględniono w nim 4 grupy zachowań:

- prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), uwzględniające przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności, m.in. warzywa i owoce, produkty pełnoziarniste;
- zachowania profilaktyczne (ZP), dotyczące uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby oraz przestrzegania zaleceń zdrowotnych;
- praktyki zdrowotne (PZ), obejmują one codzienne nawyki dotyczące np. aktywności fizycznej, snu i rekreacji;

<sup>125</sup> Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001, s. 79-86.

<sup>126</sup> Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.) Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Nauka i praktyka. Wyd. Nauk. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, s. 11-30.

- pozytywne nastawienie psychiczne (PNP), mówiące o czynnikach psychologicznych, takich jak unikanie sytuacji stresowych, zbyt silnych emocji czy sytuacji działających przygnębiająco.

Badany przypisuje każdemu stwierdzeniu odpowiednią cyfrę (od 1 – „prawie nigdy” do 5 – „prawie zawsze”), w zależności od tego, w jakim stopniu dane stwierdzenie odnosi się do niego. Przypisane poszczególnym twierdzeniom wartości zlicza się w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Możliwe jest uzyskanie od 24 do 120 punktów. Im wynik wyższy, tym silniejsze nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe adaptuje się do standaryzowanych norm stenowych: 1-4 sten oznacza wynik niski, 5-6 sten – wyniki średnie, 7-10 sten – wyniki wysokie.

W ramach standaryzacji kwestionariusza ankiety poproszono o jego ocenę 3 sędziów kompetentnych w składzie: psycholog, lekarz i endokrynolog. Po wysłuchaniu uwag dodano 2 pytania do metryczki ankiety. Następnie przeprowadzono wstępne badania pilotażowe w grupie 10 osób, w środowisku, w którym następnie zostały zrealizowane badania docelowe. Wyników badań pilotażowych nie użyto w analizie statystycznej, dostarczyły one informacji o zasadności podjętych badań, o sformułowanych hipotezach badawczych oraz trafności pytań. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie badań właściwych.

Pozyskane dane zostały poddane analizie statystycznej w programie IBM SPSS Statistics.

Posłużono się następującymi testami i współczynnikami statystycznymi:

- Test Kołmogorowa-Smirnowa wykorzystano w celu sprawdzania normalności rozkładów analizowanych zmiennych. Dla interpretacji kluczowa jest wartość „p”. Jeżeli wartość „p” jest niższa niż 0,05, ale nie niższa niż 0,01, wówczas rozkład istotnie na poziomie  $p < 0,01$  odbiega od normalnego. Takie sytuacje oznaczono \*\*. Jeżeli wartość „p” jest niższa niż 0,05, ale nie niższa niż 0,01, wówczas rozkład istotnie na poziomie  $p < 0,05$  odbiega od normalnego. Takie sytuacje oznaczono \*.
- Współczynnik korelacji rho-Spearmana wykorzystano w celu sprawdzenia, czy pomiędzy zmiennymi ilorazowymi, których rozkład istotnie odbiega od normalnego, lub pomiędzy zmiennymi porządkowymi zachodzą istotne statystycznie korelacje. Wyniki istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,001$  oznaczono \*\*\*, wyniki istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,01$  oznaczono \*\*, a wyniki istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  oznaczono \*. Jeżeli korelacja jest istotna statystycznie wówczas należy interpretować umieszczony w tabeli współczynnik. Może on przybierać wartości od -1 do 1. Im jest bardziej odległy od 0, tym korelacja jest silniejsza. Wartości dodatnie oznaczają, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej rośnie wartość drugiej zmiennej, a wartości ujemne oznaczają, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej maleje wartość drugiej zmiennej. Współczynnik świadczy jedynie o liniowej

korelacji między zmiennymi, nie informuje natomiast w żaden sposób, która zmienna jest przyczyną, a która skutkiem.

- Test t-Studenta dla grup niezależnych wykorzystano w celu sprawdzenia, czy pomiędzy dwiema grupami zachodzi istotna statystycznie różnica pod względem zmiennych ilorazowych, których rozkład nie odbiega istotnie od normalnego. W tabelach zamieszczono następujące dane: M – średnią arytmetyczną, SD – odchylenie standardowe, t – wartość testu oraz kluczową wartość „p” – istotność testu. Różnice istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,001$  oznaczono \*\*\*, różnice istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,01$  oznaczono \*\*, a różnice istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  oznaczono \*.

## WYNIKI

Analizę wyników badania rozpoczęto od sprawdzenia normalności rozkładów analizowanych zmiennych. Wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych oraz ich wynik ogólny są zgodne z rozkładem normalnym. Zatem do analiz polegających na porównaniu grup pod względem zachowań zdrowotnych posłużono się testami parametrycznymi (tab. 1).

Tabela 1. Kategorie zachowań zdrowotnych

IZZ	test Kołmogorowa-Smirnowa		
	K-S	df	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,089	69	0,200
Zachowania profilaktyczne	0,091	69	0,200
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,083	69	0,200
Praktyki zdrowotne	0,087	69	0,200
Ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych	0,055	69	0,200

Źródło: obliczenia własne.

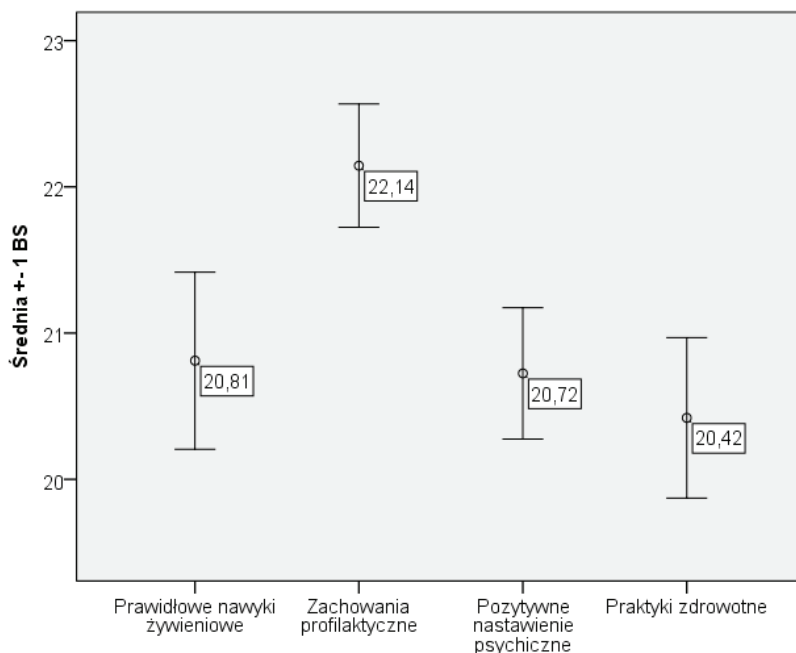
Rozkłady zmiennych dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia, takich jak kontrola wewnętrzna i przypadek, istotnie statystycznie odbiegają od rozkładu normalnego. Z kolei rozkład wpływu innych jest zgodny z rozkładem normalnym. Zatem wykonując analizy związane z umiejscowieniem kontroli zdrowia, posłużono się współczynnikiem nieparametrycznym (tab. 2).

Tabela 2. Testy normalności rozkładów zmiennych dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia

MHLC	test Kołmogorowa-Smirnowa		
	K-S	df	p
Kontrola wewnętrzna	0,132	69	0,004**
Wpływ innych	0,090	69	0,200
Przypadek	0,126	69	0,009**

Źródło: obliczenia własne.

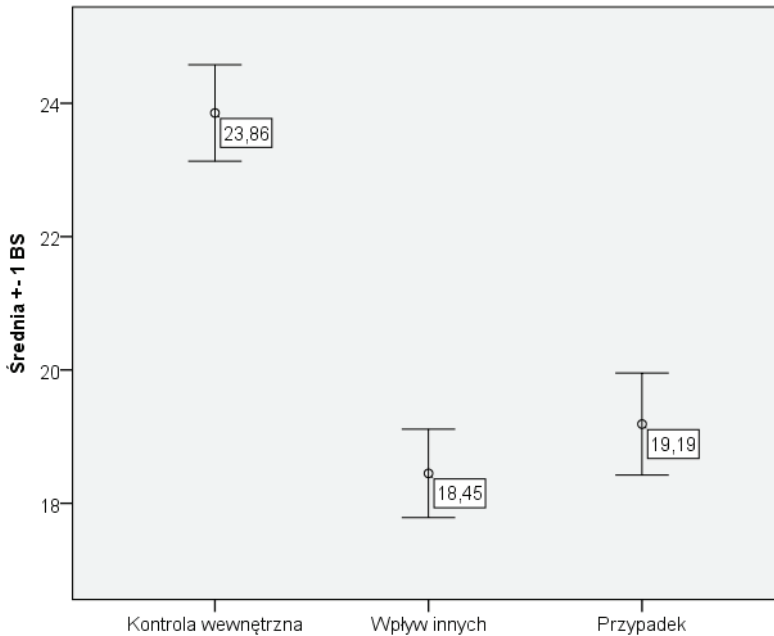
Biorąc pod uwagę 4 kategorie zachowań zdrowotnych, stwierdzono, że badani uzyskiwali zdecydowanie najwyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych. Wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych były na zbliżonym poziomie (wyk. 1).



Wykres 1. Porównanie 4 kategorii zachowań zdrowotnych. Źródło: obliczenia własne.

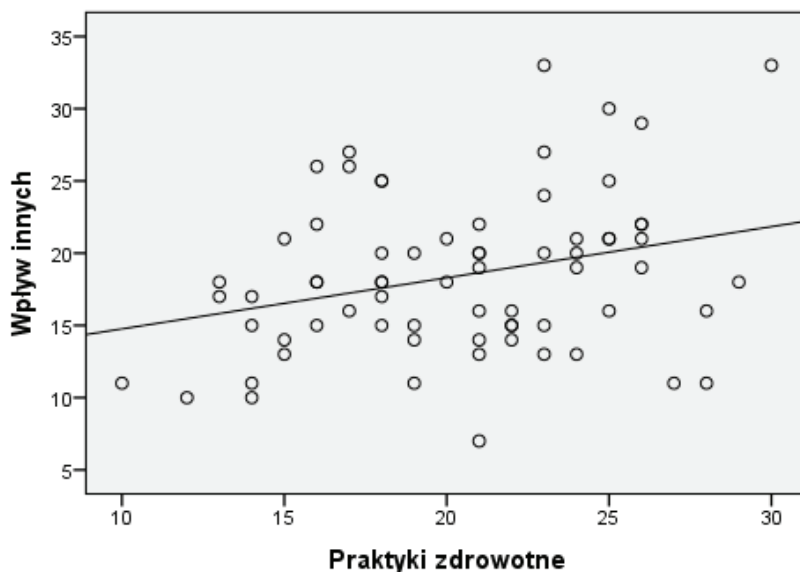
Biorąc pod uwagę wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia, zdecydowanie najwyższe wyniki odnotowano w przypadku kontroli wewnętrznej. Z kolei w zakresie wpływu innych oraz wpływu przypadku wyniki były na zbliżonym do siebie poziomie. Można więc stwierdzić, że respondenci w największym stopniu przejawiają kontrolę wewnętrzną (wyk. 2).



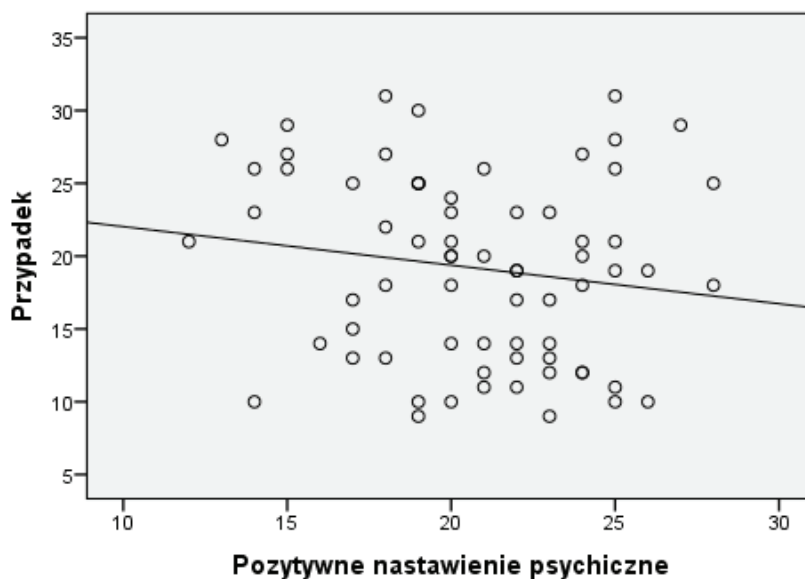


Wykres 2. Porównanie 3 kategorii umiejscowienia kontroli zdrowia. Źródło: obliczenia własne.

Aby ustalić, czy występuje związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a nasileniem zachowań zdrowotnych, obliczono współczynniki korelacji rho-Spearmana. Korelację istotną statystycznie stwierdzono wyłącznie pomiędzy wpływem innych a praktykami zdrowotnymi. Można powiedzieć, że im większa zewnątrzsterowność (znaczenie wpływu innych), tym silniejsze praktyki zdrowotne. O pewnej nieistotnej statystycznie tendencji można mówić w odniesieniu do korelacji między przypisywaniem znaczenia przypadkowi a pozytywnym nastawieniem psychicznym. Im większa zewnątrzsterowność (znaczenie przypadku), tym mniej pozytywne nastawienie psychiczne. Korelacje te przedstawiono na dwóch kolejnych wykresach (wyk. 3, wyk. 4).



Wykres 3. Ilustracja związku pomiędzy praktykami zdrowotnymi a kontrolą zdrowia rozumianą jako wpływ innych. Źródło: obliczenia własne.



Wykres 4. Ilustracja związku pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym a kontrolą zdrowia rozumianą jako przypadek. Źródło: obliczenia własne.

Poszukując związku między czasem od zachorowania a zachowaniami zdrowotnymi, porównywano również grupy wyodrębnione ze względu na czas od zachorowania. Istotną statystycznie różnicę stwierdzono jedynie porównując

osoby chorujące do 3 lat i osoby chorujące powyżej 3 lat pod względem praktyk zdrowotnych. Istotnie częściej praktyki zdrowotne przejawiają osoby chorujące powyżej 3 lat. O pewnej nieistotnej statystycznie tendencji można również mówić w odniesieniu do pozytywnego nastawienia psychicznego. Wyraźnie bardziej pozytywne nastawienie przejawiają osoby chorujące powyżej 3 lat (tab. 3).

Tabela 3. Porównanie osób cierpiących na choroby tarczycy do 3 lat i powyżej 3 lat pod względem zachowań zdrowotnych

IZZ	Jak długo cierpi na choroby tarczycy?				Test t-studenta	
	Do 3 lat		Powyżej 3 lat			
	M	SD	M	SD	t	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,00	5,11	20,64	5,03	0,296	0,768
Zachowania profilaktyczne	22,48	3,33	21,83	3,68	0,769	0,444
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,00	3,62	21,39	3,75	-1,562	0,123
Praktyki zdrowotne	19,21	4,83	21,53	4,05	-2,164	0,034*
Ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych	82,70	12,62	85,39	12,71	-0,882	0,381

Źródło: obliczenia własne.

Poszukując związku między jakością życia a zachowaniami zdrowotnymi, porównywano również grupy wyodrębnione ze względu na jakość życia. Porównanie nie wykazało różnic istotnych statystycznie między wyróżnionymi grupami (grupy wyróżniano w różny sposób). Różnice najbliższe istotnym statystycznie odnotowano, porównując osoby o jakości życia powyżej 70% i do 70%. Jak się okazało, osoby o wyższej jakości życia charakteryzują się wyraźnie słabszymi zachowaniami profilaktycznymi (wyk. 5), ale wyraźnie silniejszymi praktykami zdrowotnymi niż osoby o niższej jakości życia (wyk. 6).



Wykres 5. Porównanie osób oceniających jakość swojego życia do 70% i powyżej 70% pod względem zachowań profilaktycznych. Źródło: obliczenia własne.



Wykres 6. Porównanie osób oceniających jakość swojego życia do 70% i powyżej 70% pod względem praktyk zdrowotnych. Źródło: obliczenia własne.

## DYSKUSJA

O charakterze prezentowanych zachowań zdrowotnych decydują różnorodne czynniki. Niekiedy trudno jest określić, w jakim stopniu zależą one od pewnych obiektywnych uwarunkowań skłaniających jednostkę do przejawiania większej troski o własne zdrowie (poprzez podejmowanie starań mających na celu ochronę zdrowia)<sup>127</sup>. Zachowania zdrowotne należą do kategorii zachowań ludzkich, wchodzących w skład stylu życia. Związane są ze społecznymi atrybutami jednostki, jak i charakterem życia zbiorowego. Postępowanie zgodnie z ideą zachowań pro- lub antyzdrowotnych jest kwestią wyboru spośród dostępnych w danej kulturze wzorców. Wyznawane przez człowieka wartości, jak i ich hierarchizacja, a także wzajemne podporządkowanie oraz pozycja, jaką w tej hierarchii zajmuje zdrowie są podstawą tych wyborów. Podobne znaczenie mają nawyki zdrowotne wyrabiane w procesie socjalizacji, które są utrwalane bądź modyfikowane w dorosłym życiu<sup>128</sup>.

Podczas badań nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych, prowadzonych wśród pacjentów z chorobami tarczycy, starano się sprawdzić, czy i w jaki sposób umiejscowienie kontroli oddziałuje na prezentowane zachowania zdrowotne. Badania nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych osób z chorobami tarczycy są o tyle ważne, iż dotyczą coraz większej liczby populacji oraz osób coraz młodszych. Znaczący jest też fakt, iż początek chorób tarczycy często przypada na okres ciąży lub bezpośrednio po porodzie u kobiet. Jest to okres, w którym dzięki działaniom promocyjnym powiązanim z rozpoznanymi uwarunkowaniami zachowań pro- i antyzdrowotnych pozytywne wzorce można wzmocnić, a negatywne starać się zmienić. Rozpoznanie zachowań zdrowotnych we wczesnym etapie rozwoju choroby może przyczynić się do ograniczenia rozwoju choroby bądź opóźnienia pojawienia się objawów. Dokonując przeglądu dostępnej literatury, nie znaleziono badań dotyczących poczucia umiejscowienia kontroli oraz jej wpływu na podejmowanie zachowań zdrowotnych przez pacjentów z chorobami tarczycy. Opracowania dostępne w bazach naukowych dotyczyły głównie zachowań zdrowotnych pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi, tj. cukrzycą, chorobami układu krwionośnego, lub odnosiły się do konkretnych zachowań, takich jak palenie tytoniu, aktywność fizyczna czy prawidłowe nawyki żywieniowe u osób zdrowych.

<sup>127</sup> Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.). Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka. Wydaw. Nauk. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, s. 11-30.

<sup>128</sup> Ślusarska B., Nowicki G. Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu. W: Prystupa A., Nowicki G. Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej. Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja. Lublin 2015, s. 79-89.

Znaczącą rolę w podejmowaniu zachowań odgrywa umiejscowienie kontroli zdrowia. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia charakteryzuje się przekonaniem o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia i jego poprawę, bądź przypisywanie tego wpływu innym (zwłaszcza personelowi medycznemu) lub przypadkowi<sup>129</sup>.

Teoria *Health Locus of Control* podkreśla istnienie zależności między umiejscowieniem poczucia kontroli zdrowia a podejmowaniem działań sprzyjających zdrowiu. Odnosząc się do stanu zdrowia, wyróżnić można dwa rodzaje poczucia umiejscowienia kontroli: wewnętrzne – przekonanie jednostki o jej bezpośrednim wpływie na stan zdrowia, oraz zewnętrzne – przekonanie jednostki, iż stan jej zdrowia zależy od czynników zewnętrznych<sup>130</sup>.

K. Kurowska i O. Różańska w badaniach dotyczących wpływu umiejscowienia kontroli zdrowia na zachowania stwierdziły, że badani uzyskujący wysokie wyniki w zakresie wewnętrznej kontroli zdrowia oraz w wymiarze wpływu innych osiągnęli wyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych, natomiast respondenci o niskim wyniku w wymiarze przypadku osiągnęli wyższe wyniki dotyczące zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych<sup>131</sup>. W badaniach związku pomiędzy oceną sposobu żywienia a kontrolą zdrowia stwierdzono, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia dodatnio koreluje z oceną sposobu żywienia. Bąk i wsp. w swoich badaniach, stwierdzili, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wpływało na częstość implantacji szczepionki przeciwko brodawczakowi ludzkiemu w grupie kobiet<sup>132</sup>. Kurpas i wsp. badając umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z chorobami przewlekłymi, wykazali, że pacjenci z cukrzycą najsilniej umiejscawiają kontrolę zdrowia zewnętrznie, co skutkuje tym, że są oni bardziej konsekwentni w przestrzeganiu zaleceń personelu medycznego, natomiast chorzy z chorobami układu nerwowego oraz układu krążenia najchętniej lokalizują kontrolę zdrowia wewnętrznie, co wiąże się z większą autodyscypliną oraz podejmowaniem zachowań prozdrowotnych<sup>133</sup>.

W badaniach własnych stwierdzono, że badaną grupę osób z chorobami tarczycy charakteryzowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, na drugim miejscu znalazł się wpływ przypadku, a na ostatnim miejscu znalazł się wpływ innych. Korelację istotną statystycznie stwierdzono wyłącznie pomiędzy wpływem

<sup>129</sup> Smoleń B., Cipora E., Penar-Zadarko B. et. al. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienia kontroli zdrowia. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2012;4:474-484.

<sup>130</sup> Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2003. s. 49-61.

<sup>131</sup> Kurowska K., Różańska O. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Piel Chir Angiol.* 2014;1:35-40.

<sup>132</sup> Bąk B., Sikorski M., Wrześniewska M. Umiejscowienie kontroli zdrowia kobiet szczepionych przeciwko zakażeniom wirusowym brodawczaka ludzkiego (HPV). *Stud. Med.* 2012; 27(3):7-14.

<sup>133</sup> Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B. Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Zakł Med Rodz we Wrocławiu*. Wrocław 2012; 14 (2): 186-188.

innych a praktykami zdrowotnymi. Można powiedzieć, że im większa zewnętrzność (znaczenie wpływu innych), tym silniejsze praktyki zdrowotne. W badaniach starano się sprawdzić czy istnieje zależność między czasem trwania choroby a nasileniem zachowań zdrowotnych oraz wszystkimi kategoriami IZZ. Stwierdzono, że im dłuższy czas od zachorowania, tym bardziej pozytywne nastawienie psychiczne oraz bardziej znaczące praktyki zdrowotne. Analiza zebranych danych wykazała także, że im wyższa jakość życia badanych w ich subiektywnym odczuciu, tym słabsze zachowania profilaktyczne, a silniejsze praktyki zdrowotne. Uzyskane wyniki badań częściowo pozostają w zgodności z przeprowadzonymi przez Kurpas i innych badaniami nad umiejscowieniem kontroli zdrowia u osób z chorobami przewlekłymi<sup>134</sup>.

Zdrowie jest procesem dynamicznym, jego funkcja skupia się na utrzymywaniu równowagi ciągle zakłócanej przez zróżnicowane sytuacje towarzyszące życiu ludzkiemu. Codziennie stawiane przed jednostką obowiązki, wymagania oraz pełnienie określonych ról społecznych są obciążeniem dla jednostki. Niejednokrotnie egzystencja wymaga rozwiązywania sytuacji trudnych oraz stawiania czoła konfliktom. Chcąc utrzymać równowagę procesów życiowych, człowiek sięga do swoich zasobów czy potencjałów zdrowotnych. Według Sęk zasoby zdrowotne jednostki to „właściwości jednostki, grup społecznych, środowiska i kultury, które wyrażają się cechą funkcjonalną, polegającą na możliwości unikania stresorów lub usprawnienia radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięć w stan stresu”<sup>135</sup>.

Zasoby zdrowotne to specyficzne właściwości funkcjonalne człowieka oraz jego środowiska, pełnią one funkcję prozdrowotną i regulacyjną. Zasoby należą do czterech sfer bytowania człowieka: biologicznej, psychologicznej, społecznej, a także duchowej. Należące do sfery biologicznej potencjały zdrowotne to: kod genetyczny, wydolność, sprawność, siła, odporność organizmu oraz wyposażenie biologiczne jednostki, które nabywane jest w procesie bytowania. Zasobami zdrowotnymi w sferze psychicznej są: cechy osobowości, cechy temperamentu, inteligencja, emocje, inteligencja emocjonalna, odporność psychiczna oraz cała sfera osobowości w zakresie cech emocjonalnych i intelektualnych, kształtowanych zarówno przez środowisko społeczne, jak i tych wypracowanych przez jednostkę. W sferze społecznej zasobami zdrowotnymi są: poczucie więzi społecznej, ciągłość tradycji i zwyczaje, a także właściwości demograficzne. Potencjał należący do sfery duchowej obejmuje odpowiedzi na pytania o sens ludzkiej egzystencji, dotyczące moralności, światopoglądu, religii oraz zagadnień kultury<sup>136</sup>. Wyraża się w uczest-

<sup>134</sup> Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B. Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Zakł Med Rodz we Wrocławiu*. Wrocław 2012; 14 (2): 186-188.

<sup>135</sup> Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2003. 17-22, 2.

<sup>136</sup> Kościelak R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2010.

nictwie w modlitwach i praktykach religijnych oraz sposobie postrzegania religii, co owocuje spokojem wewnętrznym oraz zwiększeniem poczucia celu<sup>137</sup>.

Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność pomnażania zasobów zdrowia oraz ich ochronę przez całe życie jednostki. Wymaga to zapewnienia jednostce pomocy w zakresie przekształcania indywidualnych wzorców zachowań oraz formowania prozdrowotnego stylu życia, który polega na świadomym podejmowaniu działań zwiększających zasoby zdrowia oraz eliminujących zagrożenia. Działania te, np. przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków czy regularne badania kontrolne, są tak samo ważne dla osób zdrowych, jak i chorych. Rolę kluczową w tym procesie przypisuje się predyktorom poznawczym, m.in. poczuciu umiejscowienia kontroli.

## WNIOSKI

Przeprowadzona analiza wyników badań pozwoliła na sformułowanie wniosków.

Wniosek główny:

Podejmowanie zachowań zdrowotnych jest zależne od poczucia umiejscowienia kontroli.

Wnioski szczegółowe:

1. W grupie badanych cechujących się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli nie odnotowano nasilonych zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli.
2. W grupie badanych cechujących się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (wpływ innych) występuje nasilone podejmowanie praktyk zdrowotnych. Natomiast im większa jest kontrola zewnętrzna o charakterze wpływu przypadku, tym mniej pozytywne nastawienie psychiczne.
3. Im dłuższy czas od zachorowania, tym bardziej pozytywne nastawienie psychiczne oraz bardziej znaczące praktyki zdrowotne. Istotnie intensywniejsze praktyki zdrowotne przejawiają osoby chorujące powyżej 3 lat. Wyraźnie bardziej pozytywne nastawienie przejawiają osoby chorujące powyżej 3 lat.
4. Im wyższa jakość życia, tym słabsze zachowania profilaktyczne, a silniejsze praktyki zdrowotne. Wykazano również, że osoby o wyższej jakości życia charakteryzują się wyraźnie słabszymi zachowaniami profilaktycznymi, ale wyraźnie intensywniejszymi praktykami zdrowotnymi niż osoby o niższej jakości życia.

<sup>137</sup> Zagożdżon P. Związek między religią, a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol Merk Lek.* 2012;191(32): 349-35.



## PODSUMOWANIE

Przewidywanie zachowań zdrowotnych obliguje do uwzględnienia różnych wyznaczników zdrowia. Przyjęcie założenia, że głównym czynnikiem skłaniającym do podjęcia zachowań zdrowotnych, zwłaszcza tych z zakresu zachowań profilaktycznych, jest motywacja zdrowotna, nie zawsze jest założeniem prawidłowym. Badania prowadzone przez Grochmana dowodzą, że istnieje szereg zachowań związanych ze zdrowiem podejmowanych z innych motywów, na przykład są to: chęć zmiany swojego wyglądu, uprawianie sportu czy przestrzeganie diety<sup>138</sup>.

## PIŚMIENICTWO

1. Bąk B., Sikorski M., Wrześniewska M. Umiejscowienie kontroli zdrowia kobiet szczepionych przeciwko zakażeniom wirusowym brodawczaka ludzkiego (HPV). *Stud. Med.* 2012; 27(3):7-14.
2. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010; 4(1): 44 -52.
3. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Uniwersytet Wrocławski. Wrocław 2001.
4. Drwał RL. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badań, wyniki badań. W: Drwał R. L. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. Warszawa PWN 1995, 199-227.
5. Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 294-299.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001, s. 79-86.
7. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna.* Warszawa 1998.
8. Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki.* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2003, s. 49-61.
9. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie.* Wydawnictwo AWF. Wrocław 1997, s. 285-291.
10. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. *Oficyna Wydawnicza Impuls.* Kraków 2010.

<sup>138</sup> Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001, s. 122.

11. Kurowska K., Różańska O. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Piel Chir Angiol.* 2014;1:35-40.
12. Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B. Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Zakł Med Rodz we Wrocławiu.* Wrocław 2012; 14 (2): 186-188.
13. Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. *Zeszyty Naukowe WSHE* 2008, 8(13): 93-103.
14. Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki.* Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2003. 17-22, 2.
15. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.) *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka.* Wydaw. Nauk. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, s. 11-30.
16. Smoleń B., Cipora E., Penar-Zadarko B. et. al. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienia kontroli zdrowia. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2012;4:474-484.
17. Ślusarska B., Nowicki G. Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu. W: Prystupa A., Nowicki G. *Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej.* Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja. Lublin 2015, s. 79-89.
18. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol Merk Lek.* 2012;191(32): 349-35.

## Locus of control and undertaking health behaviours among patients with thyroid disorders

Anita Wajrak<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Locus of control (LOC) is a relatively permanent characteristic and strongly affects the type of the actions undertaken, way of their performance, and coping with difficult situations and failures in acting. Internal locus of control is positively correlated with effort put into solving the problem, health and life span, persistence and number of successes. Persons with internal LOC are aware of having an influence on the course of events and own fate, are more independent in decision making and health behaviours.

**Objective.** The objective of the study is the presentation of health behaviours of persons with thyroid disorders, on the example of patients living in the Lublin Region.

**Materials and Method.** The study included 69 patients with thyroid diseases, inhabitants of the Lublin Region. The vast majority of respondents were females (94.2%). Nearly a half of the respondents (47.8%) were aged 20-30. In turn, every fourth person in the study (26.1%) was aged between 31-40. The number of respondents aged between 41-50 was slightly smaller. The majority of respondents were urban inhabitants (72.5%). Slightly more than a half of the examined group (50.7%) had tertiary education level.

The research method used was a diagnostic survey. The technique applied in the diagnostic survey was a questionnaire developed with the use of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) version B, and the Health Behaviour Inventory (HBI).

The data were statistically analyzed using the software IBM SPSS Statistics. The following tests and statistical coefficients were used: the Kolmogorov-Smirnov test, Spearman's rho correlation coefficient, and t-Student test.

**Results and Conclusions.** Undertaking health behaviours depends on the locus of control. In the group of respondents characterized by an internal locus of control no intensified health behaviours were observed, compared to those with external locus of control. In the group of respondents characterized by an external locus of control (effect of others) there occurred an intensified undertaking of health practices. The greater the external locus of control of a coincidence character, the less positive the psychological attitude. The longer the time elapsed from contracting the disease, the more positive the psychological attitude, and more significant health practices. The higher the quality of life, the weaker the prophylactic behaviours, and stronger health practices.

► **Keywords:** thyroid, thyroid disorders, health behaviours, health attitudes, locus of health control.

# Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii

Ernest Kielbasa-Siennicki<sup>1</sup>, Krzysztof Marczewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Rozwój nauk medycznych oraz technologii i technik reanimacyjnych spowodował przesunięcie granicy śmierci. Możliwość utrzymywania człowieka przy życiu dzięki sztucznej oddychaniu generowanemu przez respirator oraz sztucznej żywności zmodyfikowała definicję śmierci, a jednocześnie otworzyła dyskusję wokół tzw. uporczywej terapii. Konieczna okazała się weryfikacja postaw personelu medycznego wobec nowych zjawisk.

**Cel.** Celem pracy była analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii osób dorosłych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Oddziale Urologii, Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Nefrologii, Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego imienia Papieża Jana Pawła II w Zamościu, a także w Hospicjum „Santa Galla” w Łabuniach oraz w Zakładzie Opiekuńczo Pielęgnacyjnym „Biały Domek” w Komarowie.

Badaniami objęto stuosobową grupę pielęgniarek i pielęgniarzy (85 kobiet oraz 15 mężczyzn). Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza ankiety.

**Wyniki i wnioski.** Przeprowadzone badania nie wykazały istnienia związku pomiędzy stażem pracy, wykształceniem, miejscem zamieszkania i miejscem pracy a wyrażaną przez pielęgniarki i pielęgniarzy opinią na temat możliwości decydowania o swoim życiu przez osobę nieuleczalnie chorą i świadomą swojego stanu. Personel pielęgniarski uważa, że istnieje konieczność wprowadzenia dodatkowych uregulowań prawnych dotyczących uporczywej terapii, uznaje też, że rola pielęgniarki w decydowaniu o prowadzeniu tego rodzaju terapii jest niewystarczająca.

► **Słowa kluczowe:** uporczywa terapia, pacjent, postawy, pielęgniarka.

## WPROWADZENIE

Śmierć jest elementem nieodłącznym życia każdego człowieka, zjawiskiem niezmiennym i powszechnym w naturze, bogatym doświadczeniem; zjawiskiem, w którym buduje się złożona relacja: człowiek umierający – otoczenie. W naszej kulturze śmierć jest paradoksalnie postrzegana jako coś patologicznego i wstydlivego, zepchniętego na margines życia społecznego, a jednocześnie pozostaje przedmiotem nieustającej fascynacji.

Śmierć jest doświadczeniem dotyczącym każdego z nas, powiedzieć należy więcej – jest to jedyne doświadczenie nieuniknione. Pojęciem tym określa się

pewien proces, także moment samego zgonu, jak również stan bycia zmarłym<sup>139</sup>. Proces prowadzący do stanu śmierci nazywamy umieraniem, podzielić możemy go na kolejne następujące po sobie etapy (występujące wtedy, gdy śmierć nie ma charakteru nagłego).

Samo zjawisko śmierci składa się z 4 faz, którymi są kolejno:

Agonia – jest to ostatnia walka człowieka o utrzymanie swojego życia. W trakcie agonii można zaobserwować zmiany behawioralne u umierającego, są to skrajne stany samopoczucia: począwszy od euforii, aż po zaburzenia świadomości – majaczenie. To czas, w którym organizm słabnie, dochodzi do systematycznego zanikania kluczowych dla podtrzymywania życia funkcji (oddech, akcja serca). Jednak nie zawsze agonia poprzedza śmierć, zdarza się bowiem, że człowiek umiera w sposób nagły<sup>140</sup>. Agonia jest etapem odwracalnym w niektórych sytuacjach i stanach klinicznych.

Kolejną fazą śmierci jest śmierć kliniczna, w której występuje utrata przytomności. Towarzyszy jej zwiótnienie mięśni, ustanie krążenia krwi, zanik pracy serca, brak tętna oraz oddechu, rozszerzenie źrenic, bledność powłok i ochłodzenie ciała. Objawy te nie muszą jednak prowadzić do śmierci osobniczej. Jeżeli pojawiły się za sprawą innych czynników niż agonia, wtedy jest szansa przywrócenia poprzedniego stanu poprzez resuscytację krążeniowo-oddechową. Tkanka mózgowa nie jest jeszcze trwale uszkodzona, więc zdarza się powrót funkcji życiowych, w niewielkiej części przypadków łącznie ze świadomością chorego.

Śmierć osobnicza to definitywne ustanie wszystkich funkcji mózgu; jest procesem nieodwracalnym. W badaniach takich jak EEG, PET, scyntygrafii izotopowej, angiografii mózgowej czy ultrasonografii dopplerowskiej oraz w badaniach odruchów pnia mózgu nie ujawnia się żadna aktywność mózgu.

Śmierć biologiczna, nazywana także zgonem definitywnym, to stan, który charakteryzują pewne specyficzne symptomy takie jak: plamy opadowe, stężenie pośmiertne, oziębienie pośmiertne oraz znamiona rozkładu, które uznawane są za pewne objawy śmierci.

Z uwagi na tematykę pracy konieczne jest omówienie stosowanych obecnie definicji śmierci. Przez setki lat medycyna posługiwała się klasyczną definicją śmierci. Za fakt śmierci uznawała ustanie krążenia i oddychania. Człowiek, który przestawał oddychać, czego konsekwencją było zatrzymanie akcji serca po około 3-10 minutach<sup>141</sup>, był uznawany za zmarłego. Utrwalone skutki zaniku krążenia krwi w postaci oziębienia ciała zmarłego, plam opadowych, stężenia pośmiertnego, widoczne wraz z upływem czasu, dawały każdemu pewność, że mamy do czynienia ze zmarłym, którego zwłoki należy pogrzebać. Jest to najstarsza definicja śmierci. Rozwój metod reanimacji oraz upowszechnienie zastosowania respirato-

<sup>139</sup> Collins V.J. Definition of death. W: The new technologies of birth and death, medical, legal and moral dimensions, dz. cyt., s. 117.

<sup>140</sup> Larsen R. Anestezjologia. T 2. Elsevier. Wrocław 2010, s. 944.

<sup>141</sup> Larsen R. Anestezjologia. T 2. Elsevier. Wrocław 2010, s. 944.

ra ujawniły niewystarczalność krążeniowo-oddechowej definicji śmierci. Krążenie czy oddech w wielu przypadkach można bowiem przywrócić. Stwierdzona na podstawie tego kryterium śmierć kliniczna stała się odwracalna. Obok dotąd stosowanych wskaźników należało więc szukać innych, pewniejszych oznak śmierci. Uwagę naukowców przyciągnął mózg człowieka. Nie znaczy to jednak, że kryterium krążeniowo-oddechowe jest nieistotne podczas procedury stwierdzania śmierci – w pewnym ograniczonym zakresie może być brane pod uwagę.

Kolejną definicją śmierci jest śmierć części mózgu dawniej nazywana śmiercią wyższego mózgu, interpretowana w tym wypadku, jako zanik czynnika specyficznego dla życia człowieka, jakim jest świadomość. Co ważne, definicja ta nie oznacza jeszcze śmierci całego organizmu. Oznacza natomiast, że zanikają funkcje mózgu jako ośrodka koordynującego działanie całości organizmu. Jest to tak zwana definicja nowa. Wspomnieć należy o konieczności odróżnienia tego rodzaju śmierci od przetrwałego stanu wegetatywnego lub zaburzeń takich jak zespół zamknięcia. Kolejna definicja wiąże się z funkcją pnia mózgu. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu. Jest to definicja tzw. nowa zmodyfikowana<sup>142</sup>.

### Pojęcie uporczywej terapii

Postęp technologiczny oraz rozwój anestezjologii i technik reanimacyjnych przyczynił się do przesunięcia momentu śmierci w wielu sytuacjach. Doprowadziło to także do rozmycia samej definicji śmierci, jak i trudności w ustaleniu, czy już się dokonała, czy jeszcze nie. Powstały również nowe problemy, które wymagały zdefiniowania. Jednym z nich jest uporczywa terapia. Najczęściej bywa definiowana jako „nadmierne, zbyt długie, sztuczne podtrzymywanie przy życiu pacjenta ze śmiertelnymi zmianami chorobowymi lub urazowymi podstawowych narządów za pomocą środków nadzwyczajnych, które przyczynia się jedynie do przedłużania cierpień tego pacjenta, a w żadnym stopniu nie podnosi jego jakości życia”. Uporczywa terapia jest zatem stosowaniem procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjent<sup>143</sup>.

### Eutanazja a uporczywa terapia

W literaturze dzieli się eutanazję na bierną i czynną. Za eutanazję bierną (negatywną) uznaje się: „zaniechanie podjęcia leczenia choroby uleczalnej

<sup>142</sup> Gałęska-Śliwka A, Śliwka M. Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. Państwo i Prawo 11/2009, 17-31.

<sup>143</sup> Bołoz W., Krajnik M. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2(3):77-77.

u pacjenta dotkniętego jednocześnie chorobą nieuleczalną, odmowę zastosowania nadzwyczajnych środków służących ratowaniu życia, a użycie jedynie środków zwyczajnych, zaprzestanie leczenia chorego, gdy pacjent sobie tego życzy, zaprzestanie leczenia bez zgody chorego, gdy lekarz uważa, że dalsze leczenie tylko przedłuży cierpienie, bezwzględną odmowę jakiegokolwiek interwencji w chwili umierania”<sup>144</sup>. Eutanazja czynna (pozytywna) to zachowanie polegające na działaniu podjętym w celu spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci, np. przez podanie śmiertelnej dawki leku lub inne pozbawienie życia<sup>145</sup>. W międzynarodowym prawie zasadą pozostaje powszechny zakaz przeprowadzania eutanazji czynnej oraz udziału lekarza i innego członka personelu medycznego w akcie samobójstwa<sup>146</sup>. *Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych* oraz *Europejska konwencja praw człowieka* wykluczają dopuszczalność stosowania eutanazji rozumianej jako umyślne działanie lekarza, mające na celu skrócenie życia pacjenta. Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Diane Pretty versus Wielka Brytania<sup>147</sup> stwierdził, iż zakaz udzielania pomocy w popełnianiu samobójstwa może wprawdzie stanowić ingerencję w sferę życia prywatnego, jest to jednak ingerencja uzasadniona w państwie demokratycznym. Zakaz eutanazji obowiązuje również w Polsce. Przepis art. 150 *Kodeksu karnego* przewiduje, iż kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W doktrynie polskiej podkreśla się, że z przestępstwem eutanazji mamy do czynienia jedynie w razie kumulatywnego spełnienia dwóch przesłanek, tj. żądania człowieka oraz współczucia po stronie sprawcy<sup>148</sup>. Przystępstwo z art. 150 k.k. ma charakter powszechny, chociaż sprawcą czynu będzie w praktyce lekarz lub inny członek personelu medycznego, w tym pielęgniarka<sup>149</sup>. W przypadku pomocy w dokonaniu samobójstwa ma zastosowanie art. 151 k.k., „kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”<sup>150</sup>. Problematyczne na tle przytoczonych treści okazuje się rozłączne analizowanie eutanazji i tzw. terapii uporczywej. Niekiedy obie sytuacje interpretuje się całościowo, wskazując, że zaniechanie uporczywej terapii jest tożsame z eutanazją bierną. Wynika to z faktu, iż zabójstwo eutanazyjne, co do zasady, może być dokonane zarówno przez działanie, jak i przez

<sup>144</sup> Barnard C. *Godne życie, godna śmierć: wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*. Warszawa 1996, s. 61. W: R. Citowicz. *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*. Warszawa 2006, s. 54.

<sup>145</sup> Szeroczyńska M. *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków 2004, s. 50.

<sup>146</sup> Śliwka M. *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Toruń 2008, s. 268.

<sup>147</sup> *Kwartalnik Prawa Publicznego* 3/2002. ISSN 1642-9591. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 29 IV 2002, skarga nr 2346/02.

<sup>148</sup> Kowalska D. *Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej*. Prokuratura i Prawo 1/2002, s. 86.

<sup>149</sup> Marek A. *Prawo karne*. Warszawa 2003, s. 431; Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Warszawa 2000, s. 321.

<sup>150</sup> Szeroczyńska M. *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków 2004, s. 56.

zaniechanie, do którego zalicza się m.in. rezygnację z podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta<sup>151</sup>. Konieczne staje się wprowadzenie elementu rozróżniającego przypadki zaniechania uporczywej terapii od karalnej eutanazji (art. 150 k.k.) czy wspomaganego samobójstwa (art. 151 k.k.). Czynna eutanazja na żądanie jest zabroniona, podobnie jak zaprzestanie czynności podtrzymujących życie. Można zgodnie z prawem zaprzestać czynności leczniczych, które stanowią przedłużenie umierania, gdy mimo stosowania środków terapeutycznych nie przeszkodzi się już w przewidywalnym czasowo zgonie pacjenta. W państwach takich jak Kanada, Belgia, Holandia, Luksemburg, Japonia oraz niektóre stany USA eutanazja jest zalegalizowana.

### Aspekty prawne uporczywej terapii

W języku prawnym nie zdefiniowano terminu „uporczywa terapia”. O uporczywej terapii mówi się w kontekście prawa medycznego i prawa karnego, określając zakres obowiązków lekarza oraz jego odpowiedzialności za naruszenie tych obowiązków. Pojęcie terapii uporczywej pojawia się w *Kodeksie etyki lekarskiej* w następującym zapisie:

„1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych<sup>152</sup>.”

W *Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* znalazło się pośrednie odniesienie do uporczywej terapii. Zgodnie z art. 20 ustawy:

„1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”. Wskazane w ust. 2 „prawo do umierania w spokoju i godności” obejmuje zakaz podejmowania w stosunku do pacjenta działań o charakterze medycznym, które naruszałoby jego godność w fazie terminalnej. Zakaz podejmowania takich działań nie dotyczy rezygnacji z łagodzenia bólu i innych cierpień<sup>153</sup>.

Najczęściej spotykane definicje uporczywej terapii wskazują na nadzwyczajność środków, brak szans na efekt leczniczy oraz fakt, że stosowanie owych nadzwyczajnych środków łączy się z cierpieniem czy naruszeniem godności pacjenta.

<sup>151</sup> Marek A. *Prawo karne*. Warszawa 2003, s. 431; Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Warszawa 2000, s. 321.

<sup>152</sup> *Kodeks etyki lekarskiej*. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf) [dostęp: 21.01.2018].

<sup>153</sup> *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/T/D20090417L.pdf> [dostęp: 25.01.2018].



W niektórych definicjach alternatywnie wskazuje się nie na ból zadawany samemu pacjentowi, ale na cierpienia rodziny. W myśl tak rozumianej definicji uporczywa terapia obejmuje zespół działań medycznych, który traci swoje uzasadnienie z uwagi na łączące się z nim naruszenie dóbr pacjenta; działania te kwalifikowane są wręcz jako niedopuszczalne.

Uporczywa terapia charakteryzuje się intensywnością działań podejmowanych wobec pacjenta, powiązanych z bólem lub znacznym dyskomfortem, który można kwalifikować jako uprzedmiotowienie i naruszenie godności. Dotyczy to w szczególności przypadków, w których pacjent nie może już realizować swoich naturalnych funkcji osobowych, w tym także w zakresie relacji z innymi osobami.

Pojęcie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych zmienia się wraz z rozwojem cywilizacyjnym i postępem w dziedzinie medycyny. Niektóre środki medyczne, które dawniej uchodziły za nadzwyczajne, dziś uznaje się za zwyczajne, ponieważ są ogólnie dostępne lub rozwój technik medycznych wyeliminował związane z ich stosowaniem ból i ryzyko. Pojęcie środka nadzwyczajnego może zmieniać się także w zależności od warunków miejscowych, od zamożności i poziomu rozwoju danego kraju.

Istnieją jednak obiektywne kryteria pozwalające zaliczyć dany środek do odpowiedniej klasy. Za środek zwyczajny uważa się taki sposób leczenia, który jest dostępny finansowo dla większości ludzi danego kraju, nie powoduje nadmiernych, zbyt długich cierpień chorej osoby, daje prawdopodobieństwo wyleczenia. Wskazany w przywołanej charakterystyce drugi element, tj. zbyt wielkie i długie cierpienie, jest współcześnie w znacznej mierze nieistotny, ze względu na rozwiniętą anestezjologię, która umożliwia opanowanie bólu przy pomocy środków znieczulających. Jednak i dzisiaj pacjent bywa poddawany uciążliwym zabiegom, które w konsekwencji przynoszą mu wiele cierpienia. Ze względu na wartość zdrowia i życia każdy człowiek zobowiązany jest do stosowania zwyczajnych środków umożliwiających mu powrót do zdrowia i do zachowania życia. Kto by świadomie odrzucał te środki, działałby w sposób nieodpowiedzialny.

Za środek nadzwyczajny uważa się z kolei taki sposób leczenia, który jest bardzo drogi, tj. przerasta możliwości finansowe chorego, rodziny oraz koszt zwykłych usług świadczonych przez społeczną służbę zdrowia, może pozostawić poważne i niekorzystne skutki organiczne lub psychiczne (np. operacja mózgu może wywoływać stałe zaburzenia czynności psychicznych, daje małą szansę wyleczenia). Korzystanie z nadzwyczajnych środków leczniczych jest prawem chorego, ale nie obowiązkiem. Nikt nie jest moralnie zobowiązany do ratowania swojego zdrowia i życia przy ich zastosowaniu<sup>154</sup>.

Należy zauważyć, że przywołane definicje uporczywej terapii nie są tożsame z koncepcją środków nadzwyczajnych, których stosowanie może być w pewnych sytuacjach wątpliwe. Pojęcie środków nadzwyczajnych ma szeroki zakres, dotyczy bowiem wszelkich działań medycznych (także o charakterze terapeutycznym),

<sup>154</sup> Visser J., Alfonsi de Liguorio T., Marietti I. *Teologia moralis secundum doctrinam*. 1956, s. 525-529.

a nie tylko podejmowanych w stanach terminalnych (w sytuacji bezpośredniej bliskości śmierci). Jedną z perspektyw stosowania środków nadzwyczajnych jest także perspektywa ekonomiczna, której nie przywołuje się w definicjach uporczywej terapii, koncentrujących się wyłącznie wokół dobra (interesów) samego pacjenta. Konstruując definicję uporczywej terapii, należy mieć świadomość tego, co jest terapią (działanie, którego główny cel to podtrzymanie procesów życiowych pacjenta), a co jedynie zwykłym środkiem gwarantującym komfort egzystencji osoby umierającej. W tym kontekście należałoby raczej zrezygnować z posługiwania się terminami: „środki zwyczajne”, „środki nadzwyczajne”, nie chodzi bowiem o częstotliwość, kosztochłonność czy intensywność danych środków, ale jedynie o ich odniesienie do komfortu funkcjonowania pacjenta.

Zachodzi także konieczność odróżnienia uporczywej terapii od zbędnej terapii czy nieuzasadnionej terapii. W drugim przypadku byłoby to podejmowanie działań, które nie miałyby jakiegokolwiek uzasadnienia medycznego, z uwagi na nieodwracalność pogorszenia stanu zdrowia albo brak związku ze stanem zdrowia pacjenta.

Definicja uporczywej terapii powinna się odwoływać do interesu pacjenta, jego nadmiernego cierpienia oraz naruszenia godności, a ponadto uwzględniać wyłącznie przypadki, w których nie ma szansy na poprawę stanu zdrowia i bliska jest śmierć. Obecnie brak jest w polskim prawodawstwie konkretnych zapisów regulujących te kwestie<sup>155</sup>. Rezygnacja z uporczywej terapii jest wielorako uwarunkowana:

1. Rezygnacja z uporczywej terapii może polegać na odmowie jej włączenia lub zaprzestania podjętych procedur.
2. Uzasadnieniem rezygnacji z uporczywej terapii jest zapewnienie naturalnej i godnej śmierci umierającemu.
3. Celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia chorego, ale nieprzedłużanie umierania i nieopóźnianie nieuchronnej śmierci.
4. Nadzwyczajny i nieefektywny charakter środków medycznych ma charakter obiektywny, uwarunkowany jest aktualnym stanem rozwoju medycyny i poziomu ekonomicznego kraju.
5. Nieproporcjonalne koszty osobowe uporczywej terapii uwarunkowane są osobowością chorego, jego wrażliwością i odpornością na ból i cierpienie.
6. Rezygnacja z uporczywej terapii jest autonomiczną decyzją chorego, który został dobrze poinformowany o stanie swojego zdrowia i zbliżającej się śmierci.
7. Gdy chory nie może osobiście wyrazić swej woli, pełnomocnik chorego przekazuje lekarzowi opinię o uporczywej terapii, zgodnie z wyrażoną wcześniej postawą chorego.

<sup>155</sup> Wróbel W. Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa. [https://www.mp.pl/etyka/kres\\_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa](https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa) [dostęp: 25.01.2018].

8. Decyzja lekarza o rezygnacji z włączenia terapii lub o zaprzestaniu uporczywej terapii może być podjęta po osiągnięciu przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie.
9. Nawadnianie i odżywianie traktowane jest jako podstawowe działania pielęgnacyjne. Ich zaprzestanie może być spowodowane wyłącznie obiektywnym dobrem chorego i mieć miejsce wtedy, gdy ich stosowanie ma znamiona uporczywości terapeutycznej<sup>156</sup>.

Uporządkowanie kwestii rezygnacji z uporczywej terapii wymaga jednak zmian w prawodawstwie oraz – co jest znacznie trudniejsze – w mentalności ludzkiej.

Ciekawym rozwiązaniem jest tzw. testament życia, czyli oświadczenie *pro futuro*. Termin ten pojawił się w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwsze oświadczenia miały postać testamentów życia składanych na wypadek odstąpienia od ewentualnej terapii uporczywej. Pierwotnie testament życia obejmował bezpośrednio oświadczenie woli pacjenta, złożone na wypadek utraty zdolności do podejmowania decyzji, a odnoszące się do zaniechania terapii uporczywej w stanach terminalnych. Druga generacja oświadczeń *pro futuro* odnosiła się do wypełnienia woli pacjenta i wprowadzała możliwość wyznaczenia przez niego tzw. osoby zaufania, której powierza się wykonywanie części bądź też całości uprawnień pacjenta. Pojawienie się tzw. trzeciej generacji oświadczeń *pro futuro* powiększa zakres przedmiotowy tych oświadczeń. Deklaracje tego typu nie muszą dotyczyć tylko stanów terminalnych, ale wszystkich interwencji medycznych podejmowanych w sytuacji, gdy pacjent nie może sam świadomie decydować. Czwartą generacją są dyspozycje, które stanowią całościowy, syntetyczny sposób normowania stosunków zarówno majątkowych, jak i osobistych podmiotu na wypadek utraty przezeń możliwości podejmowania samodzielnych decyzji<sup>157</sup>. Takie rozwiązanie prawne funkcjonuje w USA i Niemczech.

Prawo nie uwzględnia innej roli dla pielęgniarki w procesie prowadzenia terapii o znamionach uporczywości niż ta, która wynika z ustawy o zawodzie pielęgniarki i innych przepisów szczegółowych.

#### Aspekty etyczne zawodu pielęgniarki

Z analiz antropologicznych wynikają dwa fundamentalne założenia. Po pierwsze, życie ludzkie – z racji tego, iż jest życiem osoby ludzkiej, posiadającej niezbywalną godność – stanowi podstawową wartość, której nie można naruszyć. Prowadzi to do stwierdzenia, iż życie jest święte. Po drugie, w to samo ludzkie życie wpisuje się prawda o nieuchronności śmierci. Prawda ta w żaden sposób nie jest podważona, ani tym bardziej zanegowana przez współczesny rozwój medycyny, mimo że dzięki jej kolejnym osiągnięciom stale podnosi się średnia wieku umie-

<sup>156</sup> Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja prawa człowieka umierającego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, 2(3).

<sup>157</sup> Syska M. *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*. Warszawa 2013, s. 37-42.

rania<sup>158</sup>. Z tych dwóch podstawowych założeń antropologicznych wypływają dwa najważniejsze prawa i obowiązki – prawo i obowiązek życia oraz prawo do godnej śmierci, generujące obowiązek tworzenia takich warunków, w których chory człowiek może godnie odejść.

Etyczny wymiar zawodu pielęgniarki znajduje odzwierciedlenie w normach zawartych w *Kodeksie etyki pielęgniarki i położnej*. Kodeks nie jest dokumentem prawnym, jednak zawarte w nim ogólne zasady postępowania etycznego regulują podejmowane przez pielęgniarki działania, tym samym pośrednio odnoszą się do czynności i postaw pielęgniarskich związanych z prowadzeniem uporczywej terapii czy z rezygnacją z uporczywej terapii.

Wobec braku uregulowań prawnych oraz konkretnych norm kodeksowych dotyczących uporczywej terapii, uzasadnione jest odniesienie się do ogólnych zasad zawartych w *Kodeksie etyki pielęgniarki i położnej*. Jedna z nich mówi, że pielęgniarka powinna według najlepszej swojej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym. Zapis ten reguluje działania pielęgnacyjne podejmowane w stosunku do pacjenta. Odniesić go można do definicji uporczywej terapii, w części dotyczącej podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania. Kolejna norma dotyczy czynności zawodowych pielęgniarki, które nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego. Odniesienie tej normy do problemu uporczywej terapii nasuwa jednak kilka zasadniczych pytań: Czy szkodą dla zdrowia ludzkiego jest też przedłużenie umierania? Czy działanie takie leży w szeroko rozumianym interesie pacjenta? Co oznacza interes pacjenta oraz kto o tym decyduje? Co z pacjentami, którzy sami nie mogą decydować?

*Kodeks* zawiera istotny zapis dotyczący zapewnienia pacjentowi humanitarnej opieki terminalnej oraz godnych warunków umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości. Zapis ten niejako nakłada na pielęgniarkę obowiązek uczestniczenia w ostatniej drodze pacjenta. Z norm *Kodeksu etyki zawodowej* wynika, że pielęgniarka ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi. Jednocześnie jednak zapisy prawne nakładają na pielęgniarkę obowiązek wykonywania zleceń lekarskich. Uwidacznia się tu istotny problem – pomimo konieczności działania w interesie pacjenta, zapewnienia mu godnej śmierci oraz możliwości odmowy udziału w zabiegach sprzecznych z normami etycznymi pielęgniarki ma ona obowiązek prawny wykonywania zleceń i poleceń lekarza. Wskazana trudność wymaga uwagi oraz podjęcia konkretnych działań, które, zwłaszcza w odniesieniu do kwestii uporczywej terapii, zmienią rolę pielęgniarki z wykonawcy poleceń lekarza na pełnoprawnego członka zespołu terapeutycznego z możliwością brania udziału w podejmowanych przez zespół decyzjach.

<sup>158</sup> Pasiński T. *Medycyna a przedłużanie życia*. W: Chyrowicz B. (red.). *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Lublin 2008, s. 31–38.

Wspomnieć należy zdanie Papieża Jana Pawła II zawarte w *Evangelium Vitae*: „istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”<sup>159</sup>.

## CEL

Celem pracy jest analiza postaw personelu pielęgniarstwa wobec uporczywej terapii osób dorosłych.

## MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w Oddziale Urologii, Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Nefrologii, Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego imienia Papieża Jana Pawła II w Zamościu, a także w Hospicjum „Santa Galla” w Łabuniach oraz w Zakładzie Opiekuńczo Pielęgnacyjnym „Biały Domek” w Komarowie.

Badaniami objęto stuosobową grupę pielęgniarek i pielęgniarzy (85 kobiet oraz 15 mężczyzn). Zrealizowano je we wrześniu i październiku 2017 roku. Badania były anonimowe. Wypełniając ankietę, respondenci wyrażali zgodę na przeprowadzenie badań.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Zawierał on 25 pytań o charakterze zamkniętym, jednokrotnego wyboru oraz jedno pytanie wielokrotnego wyboru. Pierwszych sześć pytań miało charakter ogólny i dotyczyło wieku, stażu pracy, miejsca pracy, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia. Kolejne dotyczyły postaw personelu pielęgniarstwa wobec uporczywej terapii.

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Wyniki przedstawiono za pomocą tabel i wykresów prezentujących liczebności (N) oraz odpowiadający im procent (%). Do weryfikacji hipotez statystycznych wykorzystano test niezależności chi-kwadrat. Założono poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p$  spełniało nierówność  $p<0,05$ .

<sup>159</sup> Kieniewicz P. O rezygnacji z uporczywej terapii. <https://www.deon.pl/religia/wiara-i-spoleczenstwo/art,517,o-rezygnacji-z-uporczywej-terapii.html> [dostęp: 25.01.2018].

## WYNIKI

Wśród respondentów 32% uważa, że uporczywa terapia to bolesne przedłużanie agonii, 27% zaznaczyło odpowiedź „przedłużanie życia”, 24% podało odpowiedź „stosowanie specjalistycznych procedur medycznych u osób nieuleczalnie chorych”, 11% wskazało, że uporczywa terapia to przedłużanie życia bez względu na koszty, a 6% uznało ją za próbę pokonania śmierci (tabela 1).

Tabela 1. Znaczenie terminu „uporczywa terapia”

Co według P. oznacza pojęcie uporczywa terapia?	Liczba	Procent
a) przedłużanie życia bez względu na koszty	11	11
b) stosowanie specjalistycznych procedur medycznych u osób nieuleczalnie chorych	24	24
c) próba pokonania śmierci	6	6
d) leczenie przedłużające życie	27	27
e) bolesne przedłużanie agonii	32	32
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

W badanej grupie 66% deklarowało udział w prowadzeniu uporczywej terapii, a 34% deklarowało brak styczności z uporczywą terapią (tabela 2).

Tabela 2. Udział w prowadzeniu uporczywej terapii

Czy brał(a) P. udział w prowadzeniu uporczywej terapii?	Liczba	Procent
tak	66	66
nie	34	34
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

Odnosząc się do pojęcia godnej śmierci, 65% badanych wskazało, że jest to śmierć naturalna w wyniku starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszenie, 35% za godną uznało śmierć naturalną w wyniku starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszenie, ale również przedłużanie. Nikt nie zaznaczył odpowiedzi: „śmierć zadana osobie na jej życzenie w celu skrócenia jej cierpień” (tabela 3).

Tabela 3. Znaczenie terminu „godna śmierć”

Która odpowiedź charakteryzuje według P. godną śmierć?	Liczba	Procent
a) śmierć naturalna w wyniku starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszanie	65	65
b) śmierć naturalna w wyniku starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszanie, ale również przedłużanie	35	35
c) śmierć zadana osobie na jej życzenie w celu skrócenia jej cierpienia (eutanazja)	0	0
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

Respondentów poproszono o wskazanie, jak rozumieją pojęcie eutanazji. Za świadome zabójstwo osoby ciężko chorej poprzez podanie jej środków powodujących śmierć lub przyspieszenie śmierci chorego poprzez zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, w celu skrócenia jego cierpienia i na życzenie chorego uznało ją 62% respondentów. Dla 35% ankietowanych eutanazja oznacza świadomą pomoc osobie ciężko chorej w popełnieniu samobójstwa poprzez dostarczenie jej środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia, a dla 3% jest to odebranie życia nieuleczalnie choremu bez jego zgody i wiedzy (tabela 4).

Tabela 4. Pojęcie eutanazji

Co rozumiesz pod pojęciem eutanazja?	Liczba	Procent
a) świadome zabójstwo osoby ciężko chorej poprzez podanie jej środków powodujących śmierć lub przyspieszenie śmierci chorego poprzez zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, w celu skrócenia jego cierpienia i na życzenie chorego	62	62
b) eutanazja oznacza świadomą pomoc osobie ciężko chorej w popełnieniu samobójstwa poprzez dostarczenie jej środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia	35	35
c) odebranie życia nieuleczalnie choremu bez jego zgody i wiedzy	3	3
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

Wśród badanych 51% uważa, że osoba u kresu swojego życia powinna mieć możliwość decydowania o jego zakończeniu, 26% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „nie”, a 23% nie miało zdania (tabela 5).

Tabela 5. Decydowanie o zakończeniu życia przez osoby chore

Czy osoba u kresu swojego życia, świadoma nieuleczalnej choroby, powinna mieć możliwość decydowania o zakończeniu życia?	Liczba	Procent
tak	51	51
nie	26	26
nie mam zdania	23	23
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

W badanej grupie 82% respondentów było zdania, że rezygnując z uporczywej terapii, można zapewnić godne umieranie, 8% wyraziło przeciwne przekonanie, a 10% badanych zaznaczyło odpowiedź „nie mam zdania” (tabela 6).

Tabela 6. Rezygnacja z uporczywej terapii a godna śmierć

Czy rezygnując z uporczywej terapii, można zapewnić godne umieranie?	Liczba	Procent
tak	82	82
nie	8	8
nie mam zdania	10	10
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

W badanej grupie 62% osób stwierdziło, że eutanazja nie jest tożsama z odstąpieniem od uporczywej terapii, przeciwne zdania było 22% badanych, nie miało zdania na ten temat 16% badanych (tabela 7).

Tabela 7. Czy według Pana/Pani eutanazja jest tożsama z odstąpieniem od uporczywej terapii?

Czy według Pana/Pani eutanazja jest tożsama z odstąpieniem od uporczywej terapii?	Liczba	Procent
tak	22	22
nie	62	62
nie mam zdania	16	16
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

Wśród ankietowanych 12% było zdania, że osobą decydującą o zaprzestaniu uporczywej terapii powinien być lekarz, 24% ankietowanych wskazało rodzinę, 63% cały zespół terapeutyczny, a 1% instytucje państwowe (tabela 8).



Tabela 8. Kto według Pana/Pani powinien decydować o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii?

Kto według Pana/Pani powinien decydować o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii?	Liczba	Procent
lekarz	12	12
cały zespół terapeutyczny	63	63
rodzina	24	24
instytucje państwowe	1	1
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

47% ankietowanych uznało, że wiek pacjenta powinien mieć wpływ na podejmowane w stosunku do niego czynności terapeutyczne, 47% wyraziło przeciwną opinię, a 6% nie miało zdania na ten temat (tabela 9).

Tabela 9. Czy wiek Pacjenta powinien mieć wpływ na podejmowane w stosunku do niego czynności terapeutyczne?

Czy wiek Pacjenta powinien mieć wpływ na podejmowane w stosunku do niego czynności terapeutyczne?	Liczba	Procent
tak	47	47
nie	47	47
nie mam zdania	6	6
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

Największy odsetek ankietowanych (41%) za najistotniejszą przyczynę podejmowania decyzji o wprowadzeniu terapii, która ma znamiona uporczywości, uznał strach przed konsekwencjami prawnymi, 27% wskazało na życzenie rodziny, 16% na brak wiedzy, 5% zaznaczyło wiarę w cud, 2% – przekonanie o własnej wszechwiedzy, 1% – poczucie bezradności, a 8% osób odmówiło odpowiedzi (tabela 10).

Tabela 10. Jakie są przyczyny podejmowania decyzji o wprowadzeniu terapii, która ma znamiona uporczywości?

Jakie są przyczyny podejmowania decyzji o wprowadzeniu terapii, która ma znamiona uporczywości?	Liczba	Procent
strach przed konsekwencjami prawnymi	41	41
życzenia rodziny chorego	27	27
brak wiedzy	16	16
wiara w cud	5	5
przekonanie o własnej wszechwiedzy	2	2
poczucie bezradności	1	1
odmawiam odpowiedzi	8	8
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne.

69% ankietowanych uznało prowadzenie uporczywej terapii za łamanie prawa pacjenta do godnej śmierci, 9% badanych było przeciwnego zdania, a 22% nie miało zdania na ten temat (tabela 11).

Tabela 11. Czy prowadzenie uporczywej terapii jest zdaniem respondentów łamaniem prawa pacjenta do godnej śmierci?

Czy prowadzenie uporczywej terapii jest zdaniem respondentów łamaniem prawa pacjenta do godnej śmierci?	Liczba	Procent
tak	69	69
nie	9	9
nie mam zdania	22	22
RAZEM	100	100

Źródło: opracowania własne

Analizując zależność między wykształceniem a opiniami dotyczącymi możliwości decydowania o zakończeniu swojego życia, uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej ( $p=0,0569$ ). Uznano zatem, że nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku między badanymi zmiennymi, natomiast można mówić o wyraźnej tendencji. Wyniki wskazują, że wśród osób z wykształceniem wyższym odsetek zwolenników twierdzenia wyrażonego w pytaniu jest niższy niż wśród personelu z wykształceniem średnim (odpowiednio 43,6% do 63,2%) [tabela 12].

Tabela 12. Wykształcenie a opinie o możliwości decydowania o zakończeniu swojego życia

Czy osoba chora powinna decydować o zakończeniu życia?	Średnie		Wyższe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	24	63,2%	27	43,6%	51	51,0%
nie/nie mam zdania	14	36,8%	35	56,5%	49	49,0%
Ogółem	38	100,0%	62	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=3,6; df=1; p=0,0569$					

Źródło: opracowania własne.

Wynik analizy zależności między wykształceniem a przekonaniem, że rezygnacja z uporczywej terapii zapewnia pacjentom godne umieranie, okazał się bliski granicy istotności statystycznej ( $p=0,0902$ ), wskazał zatem na zaznaczającą się tendencję, którą można ująć następująco: osoby z wykształceniem wyższym częściej niż osoby z wykształceniem średnim twierdzą, iż rezygnując z uporczywej terapii, można zapewnić pacjentom godne umieranie. W gronie osób z wykształceniem wyższym odsetek odpowiedzi „tak” wyniósł 87,1%, podczas gdy wśród personelu o wykształceniu średnim było to 73,7% (tabela 13).

Tabela 13. Wykształcenie a przekonanie o tym, że rezygnacja z uporczywej terapii zapewnia pacjentom godne umieranie

Czy rezygnując z up. terapii można zapewnić godne umieranie?	Średnie		Wyższe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	28	73,7%	54	87,1%	82	82,0%
nie/nie mam zdania	10	26,3%	8	12,9%	18	18,0%
Ogółem	38	100,0%	62	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=2,87$ ; $df=1$ ; $p=0,0902$					

Źródło: opracowania własne.

Wynik testu chi-kwadrat okazał się istotny statystycznie ( $p=0,0201$ ) w przypadku analizy zależności między poziomem wykształcenia a uznawaniem uporczywej terapii za łamanie prawa pacjenta do godnej śmierci, co uprawnia do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Twierdzenie to znalazło większy odsetek zwolenników wśród osób z wykształceniem wyższym. W tym gronie udział odpowiedzi twierdzących wyniósł 77,4%, podczas gdy wśród osób z wykształceniem średnim był niższy o około 22 punkty procentowe (tabela 14).

Tabela 14. Wykształcenie a uznawanie uporczywej terapii za łamanie prawa pacjenta do godnej śmierci

Czy prowadzenie up. terapii jest łam. prawa do godnej śmierci?	Średnie		Wyższe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	21	55,3%	48	77,4%	69	69,0%
nie/nie mam zdania	17	44,7%	14	22,6%	31	31,0%
OGÓŁEM	38	100,0%	62	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=5,41$ ; $df=1$ ; $p=0,0201$					

Źródło: opracowania własne.

Badanie zależności między miejscem pracy respondentów a uznawaniem uporczywej terapii za łamanie prawa pacjenta do godnej śmierci dało wynik bardzo bliski granicy istotności statystycznej ( $p=0,0517$ ). Mimo iż na założonym poziomie istotności nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy zmiennymi, to zauważyć można wyraźną tendencję do częstszego wskazywania na odpowiedź „tak” wśród personelu, który na co dzień ma styczność z przypadkami prowadzenia uporczywej terapii wśród pacjentów (tabela 15).

Tabela 15. Miejsce pracy a uznawanie uporczywej terapii za łamanie prawa pacjenta do godnej śmierci

Czy osoba chora powinna zdecydować o zakończeniu życia?	Styczność z up. terapią: NIE		Styczność z up. terapią: TAK		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	30	60,0%	39	78,0%	69	69,0%
nie/nie mam zdania	20	40,0%	11	22,0%	31	31,0%
Ogółem	50	100,0%	50	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=3,79; df=1; p=0,0517$					

Źródło: opracowania własne.

## DYSKUSJA

Z powodu różnic w odpowiedziach dotyczących sposobu rozumienia pojęcia uporczywej terapii, trudno jest porównać uzyskany wynik z innymi badaniami. Zauważono jednak tendencję do uznawania jej za działanie nieproporcjonalne w stosunku do uzyskiwanych efektów<sup>160, 161</sup>.

W badaniach własnych personel pielęgniarski wśród czynności składających się na uporczywą terapię wymieniał najczęściej respiratoroterapię, resuscytację krążeniowo-oddechową, specjalistyczne zabiegi diagnostyczne oraz odżywianie i nawadnianie. W pracach innych autorów wskazywano resuscytację krążeniowo-oddechową oraz chemioterapię<sup>162</sup>. Udział w uporczywej terapii deklarowało 66% badanych respondentów.

Według 32% respondentów uporczywa terapia to bolesne przedłużanie agonii, natomiast 27% uznało, że jest to przedłużanie życia. Pokrywa się to z wynikami innych badań, które wskazują, że 37% ankietowanych uważa uporczywą terapię za przedłużanie agonii pacjenta<sup>163, 164</sup>.

Wśród ankietowanych 65% za godną śmierć uznało śmierć naturalną w wyniku starzenia się lub choroby. Ponadto 82% badanych wskazało, że rezygnując

<sup>160</sup> Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E. Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017;7(3):207–212.

<sup>161</sup> Górąjek-Jóźwik J. Pielęgniarka: rola i funkcje zawodowe. W: Górąjek-Jóźwik J. (red.) *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2007, s. 42-46.

<sup>162</sup> Krymska B. Pielęgniarstwo – zawód samodzielny. *Mag. Piel. Położ.* 2005, 6, 4.

<sup>163</sup> Januszewska A., Zarzeka A., Iwanow A., Panczyk M., Gotlib J. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnika-Centrum Zdrowia Dziecka“ wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016, vol. 61, nr 3, s. 389-396.

<sup>164</sup> Grochans E., Głowacka T., Szkup-Jabłońska M., Markowska A., Kuczyńska M., Jurczak A., Prociak D., Zaremba-Pechmann L., Rotter I., Karakiewicz B. Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, tom 19, zeszyt 4, s. 463-467.

z uporczywej terapii, można zapewnić godną śmierć i tylko 26% ankietowanych zastosowałoby uporczywą terapię wobec członka własnej rodziny.

W opinii ankietowanych eutanazja nie jest tożsama z odstąpieniem od uporczywej terapii, uznało tak 62% respondentów.

W badanej grupie 63% osób wyraziło przekonanie, że decyzję o odstąpieniu od uporczywej terapii powinien podjąć cały zespół terapeutyczny, tylko 12% wskazało, że decyzję powinien podjąć lekarz.

Odnosząc się do wpływu wieku na czynności terapeutyczne, respondenci odpowiedzieli w 47% pozytywnie i 47% negatywnie, 6% nie miało zdania.

W ankietowanej grupie 68% respondentów było przekonanych, że istnieje konieczność wprowadzenia ściślejszych uregulowań prawnych dotyczących uporczywej terapii, ponadto 50% respondentów uważało, że rola pielęgniarki w prowadzeniu uporczywej terapii jest niewystarczająca.

35% respondentów uznało, że obecny sposób przekazania informacji rodzinie pacjenta jest niewłaściwy, 43% jako najwłaściwszy sposób wsparcia rodziny wskazało informowanie i wdrożenie pomocy psychologicznej. Ankietowani deklaruwali również konieczność powołania specjalnego zespołu do spraw przekazywania informacji i objęcia rodziny pacjenta opieką<sup>165, 166</sup>.

## WNIOSKI

1. Analiza wyników badań nie wykazała istnienia związku pomiędzy stażem pracy, wykształceniem, miejscem zamieszkania i miejscem pracy a wyrażaną przez pielęgniarki i pielęgniarzy opinią na temat możliwości decydowania o swoim życiu przez osobę nieuleczalnie chorą i świadomą swojego stanu.
2. Personel pielęgniarski uważa, że istnieje konieczność wprowadzenia dodatkowych uregulowań prawnych dotyczących uporczywej terapii.
3. Personel pielęgniarski uważa, że niewystarczająca jest rola pielęgniarki w decydowaniu o prowadzeniu terapii, która ma znamiona uporczywości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barnard C. *Godne życie, godna śmierć: wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*. Warszawa 1996, s. 61. W: R. Citowicz. *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*. Warszawa 2006.
2. Bołoz W., Krajnik M. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2(3):77-77.

<sup>165</sup> Kochman D. Guza M. Uporczywa terapia dzieci w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014; 3, s. 17-23.

<sup>166</sup> Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2017, s. 31.

3. Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja prawa człowieka umierającego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, t. 2, nr 3.
4. Collins V.J. Definition of death. W: *The new technologies of birth and death, medical, legal and moral dimensions*, 117.
5. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Warszawa 2000.
6. Gałęska-Śliwka A, Śliwka M. Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. *Państwo i Prawo* 11/2009, s. 17-31.
7. Górajek-Jóźwik J. Pielęgniarka: rola i funkcje zawodowe. W: Górajek-Jóźwik J. (red.) *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2007, 42-46.
8. Grochans E., Głowacka T., Szkup-Jabłońska M., Markowska A., Kuczyńska M, Jurczak A., Prociak D., Zaremba-Pechmann L., Rotter I., Karakiewicz B. Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, tom 19, zeszyt nr 4, s. 463-467.
9. Januszewska A., Zarzeka A., Iwanow A., Panczyk M., Gotlib J. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnika-Centrum Zdrowia Dziecka” wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016, vol. 61, nr 3, s. 389-396.
10. *Kwartalnik Prawa Publicznego* 3/2002. ISSN 1642-9591. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 29 IV 2002, skarga nr 2346/02.
11. Kieniewicz P. O rezygnacji z uporczywej terapii. <https://www.deon.pl/reli-gia/wiara-i-spoleszczenstwo/art,517,o-rezygnacji-z-uporczywej-terapii.html> [dostęp: 25.01.2018].
12. Kochman D., Guza M. Uporczywa terapia dzieci w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014;3, s. 17-23.
13. Kodeks etyki lekarskiej. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf) [dostęp: 21.01.2018].
14. Kowalska D. Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej. *Prokuratura i Prawo* 1/2002, s. 86.
15. Krymska B. *Pielęgniarstwo – zawód samodzielny*. Mag. Piel. Położ. 2005, 6, 4.
16. Larsen R. *Anestezjologia*. T 2. Elsevier. Wrocław 2010.
17. Marek A. *Prawo karne*. Warszawa 2003.
18. Pasiński T. *Medycyna a przedłużanie życia*. W: Chyrowicz B. (red.) *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Lublin 2008, s. 31–38.
19. Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E. Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017;7(3):207–212.
20. *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2017.

21. Śliwka M. Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym. Toruń 2008.
22. Syska M. Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym. Warszawa 2013.
23. Szeroczyńska M. Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Kraków 2004.
24. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/T/D20090417L.pdf> [dostęp: 25.01.2018].
25. Visser J., Alfonsi de Liguorio T., Marietti I. Teologia moralis secundum doctrinam 1956.
26. Wróbel W. Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa. [https://www.mp.pl/etyka/kres\\_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa](https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa) [dostęp: 25.01.2018].

## Analysis of attitudes of nursing staff towards medical futility

Ernest Kielbasa-Siennicki<sup>1</sup>, Krzysztof Marczewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** The development of medical sciences and technology and techniques of resuscitation has caused a shift in the border of death. Maintaining human life using artificial breathing generated by a respirator and enteral feeding resulted in the necessity for verification of the definition of death, and the occurrence of the concept of medical futility and, consequently, for verification of the attitudes of the medical staff.

**Objective.** The objective of the study was analysis of the attitudes of the nursing staff towards medical futility in adults.

**Materials and Method.** The study was conducted in the following wards: Urology, Gastroenterology and Internal Diseases, Anaesthesiology And Intensive Care, Hospital Emergency Department, as well as Nephrology, Endocrinology, Arterial Hypertension and Internal Diseases, at the Pope John II Paul Independent Public Regional Hospital, and Hospice 'Santa Galla' in Łabunie, Care and Nursing Home 'Biały Domek' ('White House') in Komarów. The study included a group of 100 female and male nursing staff (85 females and 15 males), who completed a questionnaire.

**Results and Conclusions.** The results of the study obtained did not confirm the presence of a relationship between the period of employment, education, place of residence and place of work, and attitude towards the opinion that a terminally ill person, aware of own state of health, should have the possibility to decide about own life. In the opinions of the nursing staff, it is necessary to introduce additional legal regulations concerning medical futility. According to the nursing staff, the role of a nurse in deciding about management of therapy which bears the signs of futility is insufficient.

► **Keywords:** medical futility, patient, attitudes, nurse.

# Poziom satysfakcji zawodowej pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych

Anna Sidor<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Satysfakcja z pracy to rezultat postrzegania własnej pracy jako takiej, która umożliwia osiągnięcie ważnych wartości, przy czym wartości te są zgodne z potrzebami lub pomagają w realizacji podstawowych potrzeb człowieka. To, co pracownik postrzega w pracy jako wartościowe, wynika bezpośrednio z jego wewnętrznych potrzeb. Im ważniejsze jest dane oczekiwanie, tym mocniej ocena jego zaspokojenia wpływa na zadowolenie z pracy. Zadowolenie pracownika będzie zależało także od zmiennych podmiotowych, takich jak osobowość, wiedza, umiejętności jednostki, jak również zmiennych środowiskowych, czyli warunków pracy, relacji ze współpracownikami i przełożonymi, czynników kulturowych, warunków funkcjonowania na rynku pracy.

**Cel.** Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy było określenie satysfakcji zawodowej pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie w oddziałach psychiatrycznych ogólnych, w listopadzie 2017 r. Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystano kwestionariusz ankiety. Badaniem objęto 100 osób – pielęgniarek i pielęgniarzy. Zgromadzone dane empiryczne poddano analizie opisowej i statystycznej.

**Wyniki i wnioski.** Nie odnotowano ani jednej odpowiedzi wskazującej na maksymalne zadowolenie respondentów z wynagrodzenia. Osoby o pozytywnej motywacji do wykonywania zawodu były bardziej zadowolone z otrzymywanego wynagrodzenia niż osoby o negatywnej motywacji. Badani, od których pacjenci oczekiwali profesjonalnych usług medycznych, odczuwali wyższy poziom satysfakcji zawodowej niż ich koledzy, wobec których takich oczekiwań nie formułowano. Osoby, które uważały, że ich zakres obowiązków jest jasny, odczuwały wyższe zadowolenie z wynagrodzenia i czuły znacznie wyższą satysfakcję zawodową. Zadowolający poziom badanych warunków wykonywania pracy nie wpływał w znaczący sposób na satysfakcję zawodową pielęgniarek. Wraz ze wzrostem częstości występowania objawów somatycznych, problemów ze snem oraz wyczerpania malał poziom odczuwania satysfakcji zawodowej.

► **Słowa kluczowe:** satysfakcja zawodowa, pielęgniarstwo, oddziały psychiatryczne.

## WPROWADZENIE

Zadowolenie z pracy jest jednym z częściej opisywanych i badanych problemów zarówno przez nauki ekonomiczne, jak i społeczne. Powszechne stało się przekonanie, że dbałość o satysfakcję zawodową pracowników przynosi organizacji wymierne korzyści. Usatysfakcjonowani pracownicy są szczególnie cen-



ni z uwagi na wykazywaną przez nich inicjatywę, lojalność wobec pracodawcy, sprzyjający klimat pracy, który tworzą oraz niższy poziom absencji. Stwierdzona została także pozytywna zależność między satysfakcją a poziomem absencji, a także między satysfakcją a poziomem zaangażowania w wykonywanie zadań, stałością zatrudnienia, poziomem jakości usług, lojalnością klientów i rozwojem przedsiębiorstwa<sup>167</sup>. O ile zadowolenie nie musi być bezpośrednio skorelowane z wydajnością, o tyle niezadowolenie stanowi potencjalne zagrożenie dla funkcjonowania organizacji.

Dla współczesnych organizacji problem satysfakcji z pracy stał się zarówno celem, jak i miernikiem efektywności organizacyjnej. Zadowolenie pracowników jest bowiem wskaźnikiem efektywności zarządzania, opisywanym głównie w kontekście ich motywowania. Jak zauważa S. Borkowska, satysfakcja i niezadowolenie wiążą się z tym „co” motywuje pracownika oraz „jak” go motywuje. Mają one różne wymiary, gdyż mogą być wyrazem zaspokajania potrzeby, następstwem porównania osiągniętego efektu do zachowania (etap końcowy i rezultat motywowania), czynnikiem kontrolującym i korygującym zachowanie człowieka (osiągnięcie w przyszłości lepszego efektu), przyczyną zachowania (np. niezadowolenie z pracy może skłonić pracownika do zmiany)<sup>168</sup>. Satysfakcja jest kategorią w dużej mierze subiektywną, zależną od postrzegania jednostki. Dla psychologii waga problemu zadowolenia z pracy wynika przede wszystkim z faktu, że praca jest jednym z podstawowych wyznaczników jakości życia i subiektywnej jego oceny.

Według psychologii humanistycznej satysfakcja jest rozumiana jako dobrostan jednostki wynikający z faktu zatrudnienia, w którym przeważają: nadzieja, optymizm, spokój. Satysfakcja jest zatem traktowana jako cel sam w sobie. Są pracownicy, dla których satysfakcja z pracy jest stałą właściwością, niezależną od cech pracy i warunków zewnętrznych. Zmiana statusu, warunków i celów pracy oraz wynagrodzenia w niewielkim stopniu wpływają na satysfakcję. Ich ogólne poczucie szczęścia i nieszczęścia w niewielkim stopniu zależy od warunków zewnętrznych. Niektóre badania wykazały, że postawy wobec pracy oraz uzyskiwana z niej satysfakcja bardziej zależą od genetycznego wyposażenia niż od cech środowiska pracy. Dowodzą one, że ok. 30%-40% satysfakcji z pracy może wiązać się z uwarunkowaniami dziedzicznymi<sup>169</sup>.

W potocznym rozumieniu, satysfakcja to ogólny stan zadowolenia jednostki, poczucie pozytywności, przekonanie, że sprawy związane z pracą w danej firmie idą raczej w dobrym kierunku, a istniejące problemy są możliwe do rozwiązania. Definicje traktują satysfakcję z pracy jako:

<sup>167</sup> A. Bańka. Psychologia organizacji. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Red. Strelau. GWP, Gdańsk 2000, s. 321-350.

<sup>168</sup> S. Borkowska. Systemy motywowania pracowników. W: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Podręcznik. Red. H. Król, A. Ludwiczynski. PWN, Warszawa 2008, s. 317-353.

<sup>169</sup> D. P. Schultz, S. E. Schultz, op. cit., s. 297.

- stałą dyspozycję do traktowania przez jednostkę czynności i warunków pracy w określony sposób;
- proces przetwarzania informacji społecznych z otoczenia, zapowiadających zaspokojenie potrzeb jednostki;
- postawę będącą wynikiem integrowania informacji o tym, co się dzieje w organizacji, a co ma związek z funkcjonowaniem jednostki w roli zawodowej<sup>170</sup>.

Praca na rzecz zdrowia psychicznego jest uznawana na całym świecie za bardziej stresującą niż w innych dziedzinach medycznych<sup>171</sup>. Specjaliści od zdrowia psychicznego, w tym pielęgniarki, muszą radzić sobie na co dzień z pacjentami z wieloma zaburzeniami psychicznymi, często o zachowaniach agresywnych, tendencjach samobójczych, pod wzmożoną kontrolą i oceną krewnych pacjentów<sup>172, 173, 174</sup>. Praca na rzecz zdrowia psychicznego jest w środowisku medycznym czasem mniej ceniona niż praca na rzecz zdrowia fizycznego. Jest też postrzegana jako bardziej stygmatyzująca. Liczne badania wykazały, że psychiatrzy i inni specjaliści od zdrowia psychicznego (np. pielęgniarki) byli szczególnie narażeni na wypalenie zawodowe, nadużywanie narkotyków, alkoholu i samobójstwa<sup>175, 176, 177, 178</sup>.

Badania naukowe dotyczące stresu w pielęgniarstwie psychiatrycznym przeprowadzono w różnych krajach i zidentyfikowano kilka jego źródeł. Stwierdzono, że źródłem stresu dla pielęgniarek są między innymi problemy z pacjentami (13%), w szczególności przewlekłość i nawroty choroby. Kolejnym źródłem były trudności w relacjach pomiędzy pielęgniarkami i innymi pracownikami medycznymi. Problemy z takimi relacjami obejmowały niewystarczającą lub nieefektyw-

<sup>170</sup> M. Dobrowolska. Satysfakcja z pracy pracowników zarobkujących w nietypowych formach zatrudnienia. W: Człowiek i praca w zmieniającej się organizacji. Red. M. Gablata. Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego. Wrocław 2009, s. 135-145.

<sup>171</sup> S. Cottrell. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 157-164.

<sup>172</sup> S. Onyett. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *J Ment Health* 2011; 20: 198-209.

<sup>173</sup> G. Dickens, Piccirillo M. and Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 532-544.

<sup>174</sup> L. Ward. Mental health nursing and stress: maintaining balance. *Int J Ment Health Nurs* 2011; 20: 77-85.

<sup>175</sup> U. Volpe, Luciano M. Palumbo et al. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 774-781.

<sup>176</sup> C. Holmberg, Caro J. and Sobis I. Job satisfaction among Swedish mental health nursing personnel: revisiting the twofactor theory. *Int J Ment Health Nurs*. Epub ahead of print 10 April 2017. DOI: 10.1111/inm.12339.

<sup>177</sup> GM. Acker. The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development, and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community Ment Health J* 2004; 40: 65-73.

<sup>178</sup> A. Jones. Multidisciplinary team working: collaboration and conflict. *Int J Ment Health Nurs* 2006; 15: 19-28.

ną komunikację i „walkę” pomiędzy poszczególnymi osobami i grupami w jednostce organizacyjnej<sup>179 180</sup>.

Jones i wsp. wykorzystali samoopis do pomiaru stresu w pracy pielęgniarek w specjalnym szpitalu psychiatrycznym. W swoich badaniach ujawnili trzy główne płaszczyzny wymagań stawianych pielęgniarcom: oczekiwania administracyjne (takie jak „wkład w spotkania konferencyjne” i „raportowanie postępów pacjentów personelowi medycznemu”), nadzór nad pacjentami („nieustanne obserwowanie pacjentów”) i frustrujące wymagania, np.: „podejmuję pracę, którą uważam za niepotrzebną” i „pracuję z pacjentami, których się obawiam”<sup>181</sup>.

Dawkins i in. opracowali skalę do badania stresu zawodowego pielęgniarek psychiatrycznych (PNOSS). Na podstawie ankiety telefonicznej, przeprowadzonej z 43 pielęgniarkami psychiatrycznymi losowo wybranymi spośród pracowników dużego szpitala psychiatrycznego, stwierdzili, że negatywna charakterystyka pacjentów stanowiła 9% stresorów, a fizyczne zagrożenia ze strony pacjentów były bardzo stresujące dla pielęgniarek (43%). Czynniki stresogenne, które zgłaszały pielęgniarki psychiatryczne, okazały się związane również z konfliktami kadrowymi, a największymi stresorami były: „praca ze słabo zmotywowanym personelem”, „praca z osobami, które nie wyrażały zgody na nowe pomysły” i „współpraca z lekarzem, który nie powiadamia personelu o zmianach co do terapii pacjenta”<sup>182</sup>.

Sullivan zbadał stres zawodowy i wypalenie zawodowe u 78 pielęgniarek psychiatrycznych pracujących na ośmiu oddziałach ostrej hospitalizacji w Wielkiej Brytanii. Stwierdził m.in., że najczęstszymi czynnikami stresogennymi związanymi z opieką nad pacjentem są gwałtowne incydenty, potencjalne samobójstwa i przymus stałej obserwacji. Wiązały się one z brakiem zasobów ludzkich do utrzymywania obserwacji na bezpiecznym poziomie oraz odczuwanym przez pielęgniarki psychiatryczne brakiem zrozumienia i wsparcia ze strony kierownictwa szpitala. Wyniki tego badania sugerują, że rodzaj opieki nad pacjentem, którą zapewniają pielęgniarki psychiatryczne, może być głównym źródłem stresu<sup>183</sup>.

WHO oszacowała, że choroby psychiczne, takie jak zaburzenia nastroju, będą, obok choroby wieńcowej, drugim wiodącym problemem zdrowotnym do roku

<sup>179</sup> Trygstad L. N. Stress and coping in psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing* 1986, 24 (10), 23-27.

<sup>180</sup> K. Nakakis, Ouzouni Ch. Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Nursing, Technological Educational Institute of Lamia*. <http://www.hsj.gr/medicine/factors-influencing-stress-and-job-satisfaction-of-nurses-working-in-psychiatric-units-a-research-review.php?aid=3653> [dostęp: 15.05.2018].

<sup>181</sup> J. G. Jones, Janman K., Payne L. R and Rick T. Some determinants of stress in psychiatric nurses. *International Journal of Nursing Studies* 1987, 24 (2), 129-144.

<sup>182</sup> E. J. Dawkins, Depp F. L., Selzer E. N. Stress and the psychiatric nurse. *Journal of Psychosocial Nursing* 1985, 23 (11), 9-15.

<sup>183</sup> J. P. Sullivan. Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1993, 18, 591-601.

2020<sup>184</sup>. Pielęgniarki zajmujące się zdrowiem psychicznym odgrywają kluczową rolę jako menedżerowie przypadku. Społeczne wysiłki pielęgniarskie w zakresie zdrowia psychicznego i budowania tożsamości zawodowej są często ściśle powiązane z dążeniem do zwiększania etyczności pielęgniarek psychiatrycznych, aby uzyskać poczucie upodmiotowienia oraz autonomii i satysfakcji z pracy<sup>185</sup>.

## CEL

Celem badań było poznanie opinii pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrii na temat poczucia satysfakcji z wykonywanej pracy zawodowej.

## MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono w listopadzie 2017 roku w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Wśród badanych było 97% pielęgniarek i 3% pielęgniarzy. 9% stanowili pracownicy w przedziale wieku 20–30 lat, 21% badanych było w wieku 31–40 lat, 46% to pielęgniarki mające 41–50 lat, 24% badanych miało powyżej 50 lat. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim – 68% badanych. Większość respondentów pochodziła z dużego miasta – 57,6%, a po 21,2% z małego miasta i ze wsi. Tylko jedna osoba miała ponad 40 lat stażu pracy, najwięcej respondentów pracowało 20–25 lat.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Użyto anonimowego kwestionariusza ankiety skonstruowanego dla potrzeb badania (posiłkowano się *Ankieta satysfakcji zawodowej pracownika Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie* oraz *Ankieta satysfakcji zawodowej pracownika socjalnego*). Przed przystąpieniem do badań ankieta została przedstawiona sędziom kompetentnym (pielęgniarka naczelna i pielęgniarki oddziałowe), zyskując ich akceptację. Przeprowadzono również pilotaż wśród pięciu pielęgniarek z oddziału ogólnego.

Ankieta zawierała 30 pytań, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Kwestionariusze ankiety były dostarczane i odbierane osobiście przez badacza, respondentom umożliwiono zachowanie anonimowości. Rozdano 101 ankiet w sześciu oddziałach psychiatrycznych. Powróciło 100 prawidłowo wypełnionych ankiet.

W pracy użyto następujących narzędzi statystycznych: test Kołmogorowa-Smirnowa, test t-Studenta, test U Manna-Whitney'a, analiza korelacji rho-Spearmana.

<sup>184</sup> World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: mental health – new understanding, new hope. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [dostęp: 15.05.2018].

<sup>185</sup> L. O'Brien-Pallas, Duffield C., Hayes L. Do we really understand how to retain nurses? *J Nurs Manag* 2006, 14:262–270.

## WYNIKI

Przeanalizowano rozkład wyników w zakresie zadowolenia z wynagrodzenia. Jak widać w tabeli 1, nie odnotowano ani jednej odpowiedzi wskazującej na maksymalne zadowolenie (5 pkt), a mediana, średnia i dominanta były do siebie zbliżone, oscylując wokół wartości 2 pkt.

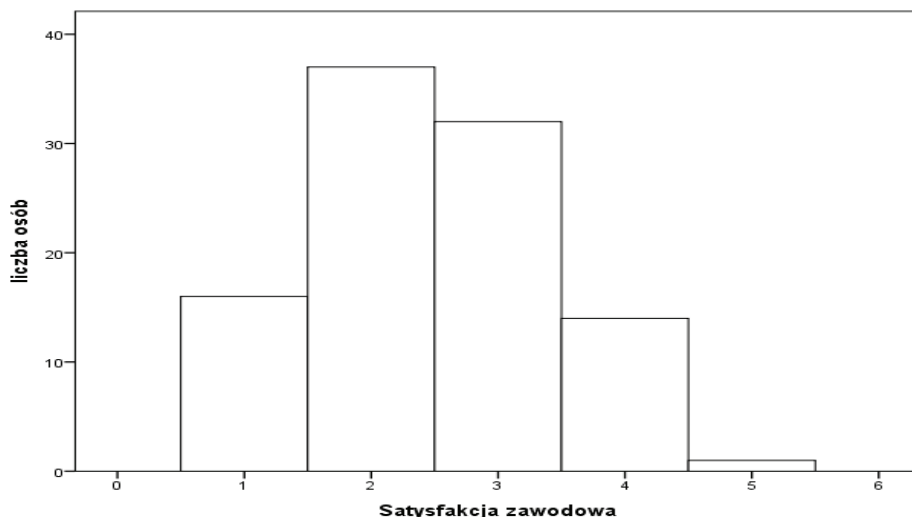
Tabela 1. Zadowolenie z wynagrodzenia a satysfakcja zawodowa

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Zadowolenie z wynagrodzenia	2,08	2	0,87	0,31	-0,75	1	4	0,22	<0,001
Satysfakcja zawodowa	2,47	2	0,96	0,19	-0,59	1	5	0,22	<0,001

*M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtozja; *Min.* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

Źródło: badania własne.

Następnie przeanalizowano rozkład satysfakcji zawodowej. W tym przypadku odnotowano zarówno minimalną, jak i maksymalną wartość możliwą do uzyskania, choć ponownie wartości wysokich było zdecydowanie mniej (wykres 1). Dominantą i medianą okazała się wartość 2, natomiast średnia była nieznacznie wyższa niż w przypadku zadowolenia z wynagrodzenia.



Wykres 1. Zadowolenie z wynagrodzenia badanych osób. Źródło: badania własne.

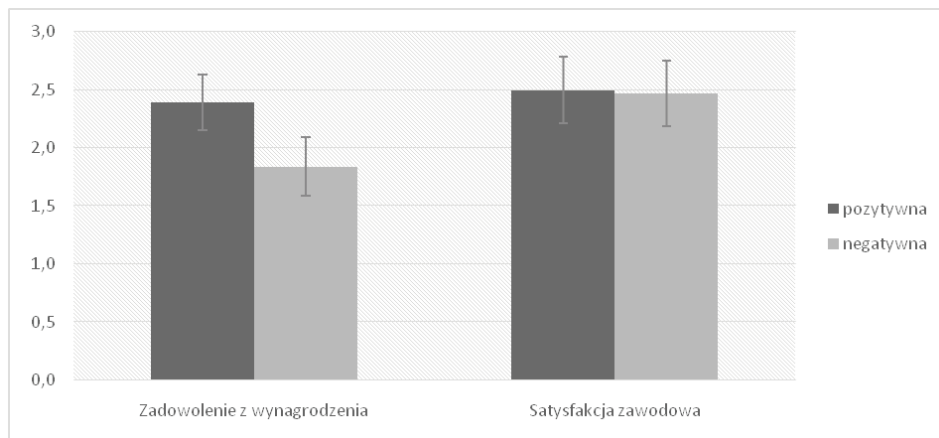
W kolejnym kroku zbadano, jakie są motywacje pielęgniarek do wykonywania zawodu. Wskazanie jedynie pozytywnej motywacji odnotowano w przypadku 44 osób, negatywnej zaś w przypadku 43 osób. W dwunastu przypadkach odnotowano wskazanie zarówno pozytywnej, jak i negatywnej motywacji, zaś jedna osoba nie wskazała żadnej motywacji do wykonywania zawodu. Tych trzynaście osób zostało usuniętych z kolejnej analizy, w której porównano satysfakcję z zawodu i wynagrodzenia u osób wskazujących wyłącznie pozytywną i wyłącznie negatywną motywację do wykonywania zawodu. Wykonano testy t-Studenta dla prób niezależnych. Odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Osoby o pozytywnej motywacji do wykonywania zawodu były bardziej zadowolone z otrzymywanego wynagrodzenia niż osoby o negatywnej motywacji. Siła odnotowanego efektu, mierzona współczynnikiem  $d$  Cohena, była umiarkowanie duża. W zakresie satysfakcji zawodowej nie odnotowano różnicy istotnej czy nawet bliskiej istotności statystycznej (tabela 2, wykres 2).

Tabela 2. Poziom zadowolenia z wynagrodzenia i satysfakcji zawodowej w zależności od rodzaju motywacji do wykonywania zawodu

	Pozytywna motywacja ( $n = 44$ )		Negatywna motywacja ( $n = 43$ )		$t$	$p$	95% CI		$d$ Cohena
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			$LL$	$UL$	
Zadowolenie z wynagrodzenia	2,39	0,81	1,84	0,84	3,09	0,003	0,20	0,90	0,66
Satysfakcja zawodowa	2,50	0,98	2,47	0,94	0,17	0,865	-0,37	0,44	0,03

$M$  – średnia;  $SD$  – odchylenie standardowe;  $t$  – wynik testu  $t$  Studenta;  $p$  – istotność statystyczna;  $CI$  – przedział ufności;  $LL$  – dolna granica;  $UL$  – górna granica

Źródło: badania własne.



Wykres 2. Poziom zadowolenia z wynagrodzenia oraz satysfakcji zawodowej w zależności od rodzaju motywacji zawodowej. Źródło: badania własne.

Zbadano, czy odczuwanie określonego rodzaju oczekiwań pacjentów względem badanych osób wpływa na ich poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej. Wykonano szereg testów U Manna-Whitney'a ze względu na nierównoliczność porównywanych grup (tabela 3). Odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Badani, od których pacjenci oczekiwali profesjonalnych usług medycznych, odczuwali wyższy poziom satysfakcji zawodowej niż ich koledzy, wobec których takich oczekiwań nie formułowano. Siła odnotowanego efektu, mierzona współczynnikiem  $r$ , była jednak niewielka. Dodatkowo, odnotowano różnicę bliską istotności statystycznej w przypadku pielęgniarzy, od których pacjenci wymagali wsparcia emocjonalnego. Osoby, które nie odczuwały takiej presji, uzyskiwały nieznacznie wyższe wyniki niż te, akie oczekiwania formułowano. Siła tego efektu była bardzo mała. W pozostałych czterech rodzajach oczekiwań nie odnotowano różnic istotnych statystycznie czy nawet bliskich istotności statystycznej.

Tabela 3. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek w zależności od pojawienia się bądź braku określonych wymagań ze strony pacjentów

	Profesjonalne usługi medyczne				$U$	$Z$	$p$	$r$
	nie ( $n = 21$ )		tak ( $n = 78$ )					
	$M$	$SD$	$M$	$SD$				
Satysfakcja zawodowa	2,05	0,92	2,58	0,95	579,0	-2,15	0,031	0,22
	Wsparcie emocjonalne				$U$	$Z$	$p$	$r$
	nie ( $n = 34$ )		tak ( $n = 66$ )					
	$M$	$SD$	$M$	$SD$				
Satysfakcja zawodowa	2,71	1,00	2,35	0,92	896,5	-1,72	0,085	0,17

	Wsparcia dla rodziny				U	Z	p	r
	nie (n = 21)		tak (n = 78)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,56	0,96	2,33	0,96	1020,5	-1,25	0,211	0,13
	Porad							
	nie (n = 44)		tak (n = 56)					
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
Satysfakcja zawodowa	2,43	0,97	2,50	0,95	1185,0	-0,34	0,732	0,03
	Pomocy materialnej							
	nie (n = 55)		tak (n = 45)					
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
Satysfakcja zawodowa	2,58	0,99	2,33	0,90	1064,0	-1,26	0,208	0,13

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitney'a; Z – wartość wystandardyzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu

Źródło: badania własne.

Porównano poziom satysfakcji zawodowej oraz zadowolenia z wynagrodzenia u osób, które odczuwały, że zakres obowiązków pielęgniarskich jest bądź nie jest jasny. Wykonano analizę przy użyciu szeregu testów U Manna-Whitney'a, ze względu na nierównoliczność porównywanych grup. Odnotowano różnice istotne statystycznie. Osoby, które uważały, że ich zakres obowiązków jest jasny, odczuwały wyższe zadowolenie z wynagrodzenia i czuły znacznie wyższą satysfakcję zawodową. Pierwszy ze wspomnianych efektów charakteryzował się umiarkowaną siłą, natomiast drugi był silny. Wyniki zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Zadowolenie z wynagrodzenia oraz satysfakcja zawodowa w zależności od oceny, czy zakres obowiązków zawodowych jest jasno określony

	tak (n = 53)		nie (n = 47)		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Zadowolenie z wynagrodzenia	2,32	0,92	1,80	0,75	824,0	-2,92	0,003	0,29
Satysfakcja zawodowa	3,02	0,82	1,85	0,70	388,0	-6,11	<0,001	0,61

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitney'a; Z – wartość wystandardyzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu

Źródło: badania własne.

Sprawdzono, czy zadowalający poziom określonych warunków do wykonywania pracy wpływa na poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej badanych osób.



Ze względu na nierównoliczność porównywanych grup wykonano szereg testów U Manna-Whitney'a (tabela 5). Nie odnotowano jednak żadnej różnicy istotnej statystycznie ani nawet bliskiej istotności statystycznej. Należy więc przyjąć, że zadowalający poziom badanych warunków wykonywania pracy nie wpływa w znaczący sposób na satysfakcję zawodową pielęgniarek.

Tabela 5. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek w zależności od zadowalającego poziomu określonych warunków wykonywania pracy

	Własne biurko				U	Z	p	r
	nie (n = 84)		tak (n = 15)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,42	0,93	2,80	1,08	474,5	-1,59	0,112	0,16
	Dostęp do komputera				U	Z	p	r
	nie (n = 13)		tak (n = 86)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,69	0,85	2,44	0,98	487,5	-0,78	0,438	0,08
	Dostęp do internetu				U	Z	p	r
	nie (n = 19)		tak (n = 81)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,74	0,87	2,41	0,97	638,5	-1,21	0,228	0,12
	Miejsce do rozmowy z chorym				U	Z	p	r
	nie (n = 76)		tak (n = 24)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,39	0,94	2,71	1,00	723,0	-1,60	0,110	0,16
	Ubranie ochronne				U	Z	p	r
	nie (n = 53)		tak (n = 47)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,55	0,97	2,38	0,95	1121,5	-0,90	0,369	0,09
	Artykuły biurowe				U	Z	p	r
	nie (n = 62)		tak (n = 38)					
	M	SD	M	SD				
Satysfakcja zawodowa	2,45	0,95	2,50	0,98	1144,0	-0,25	0,800	0,03

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitney'a; Z – wartość wystandardyzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu

Źródło: badania własne.

Sprawdzono, czy zadowolenie z wynagrodzenia oraz satysfakcja zawodowa są powiązane z częstością występowania objawów somatycznych, problemów ze snem oraz odczuwaniem wyczerpania. Wykonano szereg korelacji rangowych  $\rho$  Spearmana (tabela 6). W przypadku satysfakcji zawodowej odnotowano trzy korelacje istotne statystycznie. Poziom satysfakcji zawodowej korelował ujemnie z częstością trzech wymienionych problemów zdrowotnych. Oznacza to, że wraz ze wzrostem częstości występowania objawów somatycznych, problemów ze snem oraz wyczerpania malała poziom satysfakcji zawodowej. Siła pierwszej z tych korelacji była duża, dwóch kolejnych zaś niska. Z kolei poziom zadowolenia z wynagrodzenia korelował na poziomie tendencji statystycznej jedynie z poziomem wyczerpania. Korelacja ta także była ujemna, ale jej siła była bardzo niska. Korelacje zadowolenia z wynagrodzenia z występowaniem objawów somatycznych oraz problemów ze snem nie były nawet bliskie istotności statystycznej.

Tabela 6. Korelacje zadowolenia z wynagrodzenia oraz satysfakcji zawodowej z częstością występowania objawów somatycznych, problemów ze snem oraz wyczerpania

		Zadowolenie z wynagrodzenia	Satysfakcja zawodowa
Występowanie objawów somatycznych	$\rho$ Spearmana	-0,134	-0,522
	istotność	0,185	<0,001
Problemy ze snem	$\rho$ Spearmana	-0,064	-0,296
	istotność	0,528	0,003
Wyczerpanie	$\rho$ Spearmana	-0,169	-0,254
	istotność	0,093	0,011

Źródło: badania własne.

## DYSKUSJA

Praca jest ważną częścią życia i może wpływać na inne jego sfery. Jej wpływ może być pozytywny, ale także może być źródłem frustracji. Negatywne uczucia związane z pracą mają wpływ na życie prywatne. Ten aspekt jest istotny w zawodach, które narażają na stres z powodu swojej specyfiki, a taki jest właśnie zawód pielęgniarki. Dlatego ważne w pracy pielęgniarek i pielęgniarzy jest poczucie satysfakcji z rezultatów pracy i możliwości rozwoju. Zadowolenie z pracy pielęgniarek wpływa na jakość świadczonych usług, czyli jakość opieki. Praca pielęgniarek jest zwykle bardzo wysoko oceniana przez pacjentów. Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wynika, że wszystkie aspekty oceny pielęgniarek kształtują się na poziomie 90% ocen pozytywnych. Pacjenci doceniają życzliwe podejście, umiejętności, dostępność oraz umiejętność

nawiązywania bezpośrednich relacji interpersonalnych. W przeprowadzonym co roku badaniu, w którym European Trusted Brands sprawdza zaufanie społeczne do marek, instytucji i zawodów, zaufanie do zawodu pielęgniarki deklaruje 74% badanych, natomiast do zawodu lekarza 64%.

W badaniach przeprowadzonych przez Ostrowicką, Walewską-Zielecką i Olejniczaka (2013) stwierdzono, że personel pielęgniarski w zdecydowanej większości ocenia swoją pracę jako satysfakcjonującą. 87% respondentów z placówek prywatnych oceniło pozytywnie własną satysfakcję zawodową, a w grupie pracowników publicznych placówek leczniczych taką opinię przedstawiło 74% badanych.

W badaniach BS/10/2013 dotyczących zadowolenia z pracy, przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Publicznej, zdecydowana większość aktywnych zawodowo Polaków (78%) wyraziła ogólne zadowolenie ze swojej obecnej pracy.

Badania Ostrowickiej, Walewskiej-Zieleckiej i Olejniczaka (2013) wykazały różnice w zakresie satysfakcji z relacji pomiędzy współpracownikami, z relacji z bezpośrednim przełożonym, satysfakcji ze stylu zarządzania, liczby zadań w trakcie dyżuru, z warunków fizycznych, z możliwości osobistego rozwoju i podejmowania samodzielnych decyzji, z możliwości awansu, wysokości wynagrodzenia, sposobu oceny pracy, nagradzania i dodatkowych świadczeń socjalnych. Pracownicy prywatnych placówek wyrażają największe zadowolenie z relacji z przełożonym, z warunków fizycznych i wyposażenia w sprzęt i zaplecze socjalne, ze stylu zarządzania, relacji ze współpracownikami oraz możliwości wykorzystania w pracy wiedzy i posiadanych umiejętności. Pracownicy sektora publicznego wskazują na relacje między współpracownikami, możliwość wykorzystania w pracy wiedzy i umiejętności, możliwość podejmowania samodzielnych decyzji, relacje z bezpośrednim przełożonym oraz rodzaj i zróżnicowanie zadań w pracy. Natomiast niezadowolenie wynika z wysokości wynagrodzenia, możliwości awansu, sposobu oceny i nagradzania oraz możliwości uzyskania dodatkowych świadczeń socjalnych. Zdaniem wielu autorów niezadowolenie z wysokości wynagrodzenia deklaruje większość badanych, nawet 98% (Lubrańska 2008). Jest to zbieżne z ogólnie obserwowanym brakiem satysfakcji finansowej z wykonywanej pracy, któremu towarzyszy uczucie frustracji środowiska pielęgniarskiego, co potwierdza w swoich badaniach Andruszkiewicz (2007).

W badaniach z 2009 r. określono satysfakcję z pracy pielęgniarek polskich na poziomie 62%, pomiar średniej wartości satysfakcji z życia wśród pielęgniarek wynosił 19,6 punktu, co stanowiło niższy rezultat od wyniku dla populacji dorosłych Polaków (Wysokiński, Fidecki, Walas, Sienkiewicz). W badaniach własnych pielęgniarki deklarowały zadowolenie z życia na poziomie 91% i nie zanotowano istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a zadowoleniem z życia.

Większość czynników determinujących poziom satysfakcji i motywacji do pracy powinna znaleźć się w centrum uwagi przełożonych i podlegać stosownym

modyfikacjom. Konieczna jest edukacja kadry w tym zakresie. Poza motywowaniem finansowym oczekiwaną formą jest motywowanie niematerialne.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pielęgniarki w 68% nie są usatysfakcjonowane z pracy w oddziałach psychiatrycznych, natomiast częściowo (biorąc pod uwagę wysokość wynagrodzenia) zadowolonych jest 32% ankietowanych. 62% pielęgniarek odradziłyby wybór tego zawodu młodej osobie. Tylko jedna osoba na 100 określiła swoją satysfakcję zawodową na najwyższym poziomie.

## WNIOSKI

Dokonując podsumowania badań, sformułowano następujące wnioski:

1. Nie odnotowano ani jednej odpowiedzi, wskazującej na maksymalne zadowolenie z wynagrodzenia. Rozkład satysfakcji zawodowej wskazuje minimalną i maksymalną możliwą do uzyskania w teście wartość, choć wartości wysokich było zdecydowanie mniej.
2. Wskazanie jedynie pozytywnej motywacji odnotowano w przypadku 44 osób, negatywnej zaś w przypadku 43 osób. W 12 przypadkach odnotowano wskazanie zarówno pozytywnej, jak i negatywnej motywacji, a jedna osoba nie wskazała żadnej motywacji do wykonywania zawodu. Osoby o pozytywnej motywacji do wykonywania zawodu były bardziej zadowolone z otrzymywanego wynagrodzenia niż osoby o negatywnej motywacji.
3. Badani, od których pacjenci oczekiwali profesjonalnych usług medycznych, odczuwali wyższy poziom satysfakcji zawodowej niż ich koledzy, wobec których takich oczekiwań nie formułowano. Odnotowano różnicę bliską istotności statystycznej w przypadku pielęgniarek, od których pacjenci wymagali wsparcia emocjonalnego. Osoby, które nie odczuwały takiej presji, uzyskiwały nieznacznie wyższe wyniki od osób, które takie oczekiwania odczuwały.
4. Osoby, które uważały, że ich zakres obowiązków jest jasny, odczuwały wyższe zadowolenie z wynagrodzenia i czuły znacznie wyższą satysfakcję zawodową.
5. Zadowolający poziom badanych warunków wykonywania pracy nie wpływał w znaczący sposób na satysfakcję zawodową pielęgniarek.
6. Wraz ze wzrostem częstości występowania objawów somatycznych, problemów ze snem oraz wyczerpania malał poziom odczuwania satysfakcji zawodowej. Poziom zadowolenia z wynagrodzenia korelował na poziomie tendencji statystycznej jedynie z poziomem wyczerpania. Zależności między zadowoleniem z wynagrodzenia a występowaniem objawów somatycznych oraz problemów ze snem nie były nawet bliskie istotności statystycznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Acker G. M. The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development, and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community Ment Health J* 2004; 40: 65-73.
2. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Nowik M. Wybrane aspekty środowiska pracy a stan zdrowia pielęgniarek. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2014, t. 15, z. 12, cz. 1 Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie, s. 73-88.
3. Bańka A. Psychologia organizacji. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3. Red. Strelau. GWP, Gdańsk 2000, s. 321-350.
4. Borkowska B. Systemy motywowania pracowników. W: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Podręcznik. Red. H. Król, A. Ludwiczynski. PWN, Warszawa 2008. s. 317-353.
5. Cottrell S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 157-164.
6. Dawkins E. J., Depp F. L., Selzer E. N. Stress and the psychiatric nurse. *Journal of Psychosocial Nursing* 1985, 23 (11), 9-15.
7. Dickens G., Piccirillo M., Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 532-544.
8. Dobrowolska M. Satysfakcja z pracy pracowników zarobkujących w nietypowych formach zatrudnienia. W: *Człowiek i praca w zmieniającej się organizacji*. Red. M. Gablata. Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2009, s. 135-145.
9. Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Nursing, Technological Educational Institute of Lamia*. <http://www.hsj.gr/medicine/factors-influencing-stress-and-job-satisfaction-of-nurses-working-in-psychiatric-units-a-research-review.php?aid=3653> [dostęp: 15.05.2018].
10. Holmberg C., Caro J., Sobis I. Job satisfaction among Swedish mental health nursing personnel: revisiting the twofactor theory. *Int J Ment Health Nurs*. Epub ahead of print 10 April 2017. DOI: 10.1111/inm.12339.
11. Jones A. Multidisciplinary team working: collaboration and conflict. *Int J Ment Health Nurs* 2006; 15: 19-28.
12. Jones J.G., Janman K., Payne L. R., Rick T. Some determinants of stress in psychiatric nurses. *International Journal of Nursing Studies* 1987, 24 (2), 129-144.
13. Lubrańska A. Środowisko pracy a wypalenie zawodowe: analiza wzajemnych relacji na przykładzie badań reprezentantów różnych obszarów aktywności. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica* 2012, 16, 35-45.

14. Onyett S. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *J Ment Health* 2011; 20: 198-209.
15. O'Brien-Pallas L., Duffield C., Hayes L. Do we really understand how to retain nurses? *J Nurs Manag* 2006, 14:262-270.
16. Ostrowicka M., Walewska-Zielecka B., Olejniczak D. Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013, tom 11, nr 2.
17. Schultz D.P., S. E. Schultz S.E. *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*. PWN, Warszawa 2002, s. 296.
18. Sullivan J.P. Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1993, 18, 591-601.
19. Trygstad L. N. Stress and coping in psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing* 1986, 24 (10), 23-27.
20. Volpe U., Luciano M., Palumbo C. et al. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 774-781.
21. Ward L. Mental health nursing and stress: maintaining balance. *Int J Ment Health Nurs* 2011; 20: 77-85.
22. World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: mental health – new understanding, new hope*. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [dostęp: 15.05.2018].
23. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L., Ślusarz R., Sienkiewicz Z., Sadurska A., Kachaniuk H. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009;17(3):167-172.

## Level of job satisfaction among nurses working in psychiatric wards in the Neuropsychiatric Hospital in Lublin

Anna Sidor<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Job satisfaction is the result of perception of own work, as such, which enables the achievement of important values, these values being compliant with the needs or help to satisfy basic human needs. What is perceived by an employee as valuable results directly from his/her inner needs. The more important a given expectation, the stronger the evaluation of its satisfaction affects job satisfaction.

Satisfaction of an employee will also depend on personal variables, such as: personality, knowledge, skills of an individual, and environmental variables, i.e. work conditions, relations with co-workers and supervisors, cultural factors, and conditions of functioning of the labour market.

**Objective.** The objective of the study was determination of job satisfaction of nurses employed in psychiatric wards in the Neuropsychiatric Hospital in Lublin.

**Materials and Method.** The study was conducted in November 2017, in general psychiatric wards of the Neuropsychiatric Hospital in Lublin. Research material was collected by the method of a diagnostic survey using a questionnaire technique. The questionnaire was distributed among 100 persons, female and male nursing staff. The collected empirical data were subjected to descriptive and statistical analysis.

**Results and Conclusions.** Not even one answer was noted reporting maximum satisfaction with payment. Persons with positive motivation for practicing the job were more satisfied with the payment received than those with a negative motivation. Respondents from whom the patients expected professional medical services experienced a higher level of job satisfaction than their colleagues who had no such expectations from patients. Persons who considered that their scope of duties is clear had a higher satisfaction with payment, and felt considerably higher job satisfaction. Satisfactory level of conditions to perform work did not exert any significant effect on job satisfaction of nurses. Together with an increase in the frequency of occurrence of somatic symptoms, problems with sleep and exhaustion, the level of experiencing job satisfaction decreased.

► **Keywords:** job satisfaction, nursing, psychiatric wards.



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie  
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4  
tel.: +48 81 749 32 12  
e-mail: [azich@wsei.lublin.pl](mailto:azich@wsei.lublin.pl)  
[www.wsei.lublin.pl](http://www.wsei.lublin.pl)

**INNOVATIO PRESS**

e-ISSN: 2451-2826